S
7342

1V. h 50

Digitized by the Internet Archive
in 2021 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s7342id1398625

RECUEIL

DE MÉMOIRES

DE MÉDECINE,

DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE MILITAIRES.

IMPRIMERIE DE MADAME HUZARD (NÉE VALLAT LA CHAPELLE),
rue de l'Eperon, n° 7.

RECUEIL
DE MÉMOIRES
DE MÉDECINE,
DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE
MILITAIRES,

FAISANT SUITE AU JOURNAL QUI PARAISSAIT SOUS LE MÊME TITRE.

Rédigé, sous la surveillance du Conseil de Santé,

Par MM. ESTIENNE, ancien Médecin principal des armées; BÉGIN, Chirurgien en chef, premier Professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg; et JACOB, ancien Pharmacien-major des armées.

PUBLIÉ PAR ORDRE DE S. EXC. LE MINISTRE SECRÉTAIRE D'ÉTAT AU DÉPARTEMENT DE LA GUERRE.

Volume Quarante-troisième.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS ENGLAND

PARIS,
IMPRIMERIE DE Mme HUZARD (NÉE VALLAT LA CHAPELLE),
RUE DE L'ÉPERON-SAINT-ANDRÉ-DES-ARCS, N° 7.

1837.

MÉMOIRES

DE MÉDECINE,

DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

MILITAIRES.

SUITE DU COMPTE RENDU

DE LA

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION

DE STRASBOURG;

PAR M. P. MALLE,

CHIRURGIEN-AIDE-MAJOR A CET ÉTABLISSEMENT.

ARTICLE VII. LÉSIONS DES ORGANES DES SENS.

1°. *Maladies des yeux.*

Nous devons omettre de parler ici des maladies du globe de l'œil ou de ses dépendances qui n'offrent qu'un intérêt minime; dans ce nombre nous plaçons quelques plaies des paupières, produites par l'action d'instrumens tranchans, piquans ou contondans; nous considérons également comme telles plusieurs blépharites érysipé-

lateuses, et des phlegmons palpébraux, qui n'ont jamais présenté de caractère charbonneux. Nous ferons pourtant une exception pour une observation d'*anchilops*, survenu chez un soldat du 39e de ligne, nommé P***, et chez lequel cette maladie fut si douloureuse, qu'elle provoqua des phénomènes tétaniques, dont on n'obtint la cessation que par les saignées générales, les opiacés à haute dose, et l'incision du furoncle; puis nous arrivons immédiatement à une affection des plus fréquentes à Strasbourg : je veux parler de l'ophthalmie, maladie si commune, que l'on est assuré, dans certaines saisons, de la rencontrer sur un dixième environ de sujets qui peuplent nos salles de la chirurgie.

Ophthalmies.

Déterminées, chez nos militaires, par la persévérance des vents froids, par les alternatives à la fois considérables et brusques de la température, et par les factions montées le long du fleuve, lorsque les hommes sortent des corps de garde fortement échauffés, les ophthalmies se présentent souvent sous la forme aiguë, mais plus fréquemment encore à l'état chronique. La première attaque principalement les soldats nouvellement arrivés; la seconde porte principalement sur ceux qui ont séjourné, pendant un certain temps, dans

la ville, ou sur les sujets d'un tempérament faible et lymphatique.

Le traitement auquel ont été soumis les militaires atteints de cette phlegmasie n'a point constamment été le même. Feu M. Béclard insistait surtout sur les évacuations sanguines locales et les applications émollientes; il avait souvent recours aux cataplasmes émolliens, surtout dans les ophthalmies palpébrales. Il ne faisait usage des résolutifs qu'à une époque assez avancée de la maladie. Quant aux opiacés, il s'en servait très rarement. La guérison se faisait longtemps attendre, et, trop souvent, la maladie passait à l'état chronique. M. Zinck avait modifié cette pratique, en recourant de meilleure heure aux collyres astringens, et il en obtenait plus de succès.

M. Bégin, au contraire, fait un usage très fréquent des opiacés, et le succès, il faut le dire, couronne presque toujours sa pratique. Mille faits, au besoin, pourraient justifier ce que nous venons d'annoncer. Sous ce rapport, le traitement de l'ophthalmie a complètement changé de face, dans notre établissement, et les malades y ont gagné, car les nuances chroniques de ces affections y sont devenues moins fréquentes. Il est d'observation pratique, en effet, et Scarpa surtout a insisté sur ce point, que les émolliens cessent, de bonne heure, d'être efficaces dans les inflamma-

tions de la conjonctive; peut-être, même, est-il vrai de dire que la membrane muqueuse oculaire est, de toutes les membranes de même nature, celle dont l'inflammation réclame le plus promptement l'emploi des substances légèrement excitantes ou narcotiques. Quoi qu'il en soit, en consultant nos cahiers de clinique, où se trouvent consignées plus de deux cents observations d'ophthalmie, nous trouvons ce fait mis hors de doute. Une autre vérité ressort de leur examen, c'est la plus grande efficacité de l'application des sangsues, alors que cette application est faite à un endroit plus rapproché de l'organe. Cette proposition, comme on le sait, est contestée, et, pendant notre séjour à Lyon, en 1832, nous avons entendu l'un des chirurgiens les plus célèbres de l'Hôtel-Dieu affirmer que non seulement il n'en avait jamais retiré aucun avantage, mais que, bien souvent même, il avait vu leur emploi suivi d'une augmentation dans les symptômes de la maladie. Selon ce praticien distingué, les sangsues, pour être utiles dans l'ophthalmie, doivent être placées derrière les oreilles. Les faits que nous avons recueillis sont entièrement opposés à ce précepte thérapeutique; bien plus, des ophthalmies qui avaient résisté à des saignées locales faites derrière les oreilles, dont feu M. Béclard était assez partisan, ont cédé au

même moyen appliqué au grand angle de l'œil et sur les paupières. Ces faits, du reste, n'ont rien que de rationnel pour ceux qui ont lu le travail que M. le professeur Velpeau a fait insérer dans un des numéros du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*.

La saignée générale a été rarement employée, et, à en juger par les faits observés à notre hôpital, cette médication ne serait guère utile que dans les ophthalmies très aiguës, ou les iritis graves. M. Bégin vient cependant de l'employer avec avantage sur un militaire du 12e de chasseurs, déjà traité, dans l'établissement, d'une double conjonctivite aiguë. Mais un moyen dont on ne saurait trop vanter l'excellence dans les ophthalmies chroniques rebelles, avec ou sans exsudation purulente, c'est l'emploi du protochlorure de mercure uni à la ciguë. L'efficacité de ce médicament est telle, qu'on peut, sans crainte d'être démenti, le considérer, dans beaucoup de cas, comme un remède certain, j'aurais presque dit spécifique. C'est surtout sur les individus à tempérament lymphatique, à constitution débile, qu'on l'administre avec le plus d'avantage, quel que soit, d'ailleurs, le siége de l'inflammation. On peut quelquefois remplacer la ciguë par la magnésie, dans la proportion de deux parties de celle-ci pour une de calomélas.

Parmi les observations multipliées d'ophthalmie que nous pourrions rapporter, nous nous contenterons de publier ici les deux suivantes.

VINGT-SEPTIÈME OBSERVATION.

R***, fusilier au 42e de ligne, âgé de vingt-trois ans et demi, du département des Basses-Alpes, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible, avait été atteint, dans sa jeunesse et à différentes reprises, d'inflammations de la conjonctive palpébrale, principalement du côté droit; quelques sangsues et des vésicatoires avaient toujours suffi pour guérir cette affection qui, depuis treize ans jusqu'à dix-huit, semblait avoir entièrement disparu. A cette dernière époque, survint une ophthalmie qui, au dire du malade, fut très intense et dura six semaines; à vingt et un ans, il entra au service et contracta, en 1835, une gonorrhée qui guérit sous l'influence des antiphlogistiques; dans le courant de juillet, en 1836, il eut une fièvre intermittente, pour laquelle il entra à l'hôpital, dans le service des fiévreux. Ce fut pendant son séjour dans cet établissement, qu'il fut repris d'une ophthalmie double, pour laquelle on l'évacua sur le service des blessés.

Il présentait, lors de son arrivée dans nos salles, les phénomènes suivans :

Le 9 janvier 1836, injection des vaisseaux qui

rampent sur la conjonctive, et qui forment des paquets, dont la base naît des paupières et le sommet est dirigé vers la cornée; cette dernière membrane participe à la maladie : elle a perdu son éclat, et présente une teinte cendrée; on croit distinguer quelques points blanchâtres entre les lames qui la composent. L'impression de la lumière est des plus pénibles; on ne peut que difficilement entr'ouvrir les paupières : la douleur est surtout considérable le matin, ce qui contraste avec le calme du soir, et l'œil gauche est moins enflammé que le droit.

Le malade est placé dans le lieu le plus obscur de la salle; un bandeau recouvre les yeux de manière à les soustraire à la lumière. Huit sangsues dans le voisinage de chaque œil; collyre émollient opiacé; pédiluves sinapisés. Diète, bouillon maigre, limonade, potion gommeuse.

Le 10 janvier, même état : la douleur n'a point diminué, la rougeur est la même; la photophobie est aussi intense. Dix sangsues à chaque œil; collyre émollient opiacé, pédiluves sinapisés; bouillon maigre, limonade, potion gommeuse.

Les jours suivans, la photophobie et la douleur diminuent : le même traitement est continué.

Le 14, la cornée est plus opaque; des abcès commencent à se former dans la cornée; douleur moins vive : collyre opiacé, vésicatoire à la nu-

que ; lavement purgatif, soupe, riz au lait et pruneaux ; limonade, potion gommeuse.

Du 14 au 20 , la cornée paraît devenir moins opaque; la rougeur de cette membrane est moins intense, il semble que l'absorption du pus se fasse : collyre opiacé; le séton remplace le vésicatoire ; soupe, riz au lait et pruneaux ; limonade, potion gommeuse.

Du 20 au 24, l'épanchement de la cornée a presque entièrement disparu, mais la rougeur persiste; il n'y a plus de douleur : même prescription ; quart matin et soir.

Du 24 au 26, la douleur est revenue, elle est même assez intense ; la rougeur est plus vive, il y a un peu de céphalalgie. Du reste, les fonctions intérieures et digestives sont dans l'état normal : huit sangsues à chaque œil , collyre émollient , pédiluves sinapisés ; lavement purgatif, limonade, potion gommeuse, bouillon maigre, pruneaux.

Du 26 au 28, même état, même prescription ; les sangsues et le lavement purgatif exceptés.

Le 29, douleur plus vive, nouvel épanchement entre les lames de la cornée, un peu de photophobie : ventouses scarifiées à chaque tempe ; collyre émollient, lavement purgatif; soupe, pruneaux, limonade, potion gommeuse. Sous l'influence de ces moyens, la douleur devient moin-

dre; cependant la rougeur semble plus vive à la conjonctive; même état de la cornée.

Le 4 février, l'amélioration est sensible; les taches blanches de la cornée ont de nouveau disparu, la rougeur est moindre; l'appétit est très prononcé : quart le matin, soupe le soir; collyre opiacé, limonade, potion gommeuse.

Du 4 au 9, l'amélioration continue; la cornée a presque recouvré son état normal; le malade espère une guérison prochaine : demie le matin, quart le soir; omelette et riz au lait tout le jour; collyre opiacé, limonade, potion gommeuse.

Après cette amélioration, l'état du malade reste stationnaire, puis la cornée redevient cendrée; la rougeur de la conjonctive se ranime, et les douleurs se font sentir de nouveau; du reste, point de céphalalgie : soupe, riz au lait et pruneaux; collyre émollient, pédiluves sinapisés, limonade, potion gommeuse.

Le 13, la douleur devient plus vive encore; quelques points blanchâtres reparaissent sur la cornée. Soupe, pruneaux, limonade, potion gommeuse; trois ventouses scarifiées à chaque tempe; collyre émollient, lavement purgatif.

Le 14, la douleur a disparu; du reste, même état, même prescription, hormis les ventouses. Jusqu'au 18, l'amélioration est progressive; on substitue le collyre laudanisé au collyre émollient,

et on tient le malade à la soupe et aux pruneaux. Sous l'influence de ce traitement, les points blanchâtres de la cornée s'effacent; néanmoins la rougeur persiste. On se décide alors à prescrire les pilules de ciguë et de calomélas, en commençant par deux matin et soir, et en augmentant, chaque jour, d'une le soir et le matin.

Ce traitement, poursuivi avec persévérance, n'agit qu'avec lenteur. Jusqu'au 5 mars, l'état du malade reste à peu près stationnaire; mais, depuis cette époque jusqu'à sa sortie, qui eut lieu le 29 mars, les progrès, quoique très lents, se continuent avec une constante régularité. Une fois, seulement, à la suite d'un excès dans le manger, la maladie parut reprendre plus d'activité; mais le sujet, averti par l'expérience, observa ensuite rigoureusement le régime prescrit, et sa guérison s'acheva complètement. Il dut prendre jusqu'à quarante-quatre pilules par jour. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que le séton fut supprimé avant la sortie de R***, qui, depuis, n'a plus reparu à l'hôpital.

Cette observation justifie pleinement, comme on le voit, les propositions que nous avons émises précédemment. Ne voit-on pas, en effet, touchant la sévérité du régime auquel doivent être soumis les individus atteints d'ophthalmie, ne voit-on

pas, dis-je, que chaque fois que R*** a fait usage d'une alimentation plus substantielle, la phlegmasie oculaire, qui était en voie de résolution, a repris presque tout à coup une énergie nouvelle, et réclamé d'autres moyens de traitement? Peut-être trouvera-t-on qu'il y a quelque témérité à rapporter uniquement à l'alimentation l'augmentation que l'on a observée dans les symptômes, alors que le malade a passé du quart à la demie, ou de la soupe au quart.

Mais comment ne pas croire à cette influence, lorsqu'aucune autre cause appréciable n'existe? Si le malade avait été soumis à quelque excitation physique ou morale, nul doute qu'on ne méritât ce reproche; mais, lorsque rien de semblable n'a été observé, pourquoi rejeter une explication en rapport avec ce que la physiologie pathologique nous enseigne? On ne saurait nier, non plus, les bons effets obtenus de l'usage des pilules de ciguë et de calomélas; il est à remarquer que, depuis l'emploi de ce médicament, l'amélioration a été continue, tandis que, jusque-là, elle n'avait été que temporaire. Le malade n'a point éprouvé de salivation, ce qui a permis de continuer leur usage, et a vraisemblablement hâté la guérison. Il faut se garder de croire néanmoins que l'action du mercure sur les organes sécréteurs de la salive soit préjudiciable à l'ophthal-

mie; presque toujours, au contraire, c'est une circonstance heureuse; car, pendant sa durée, elle constitue une révulsion très puissante. L'observation suivante en est une preuve; nous nous bornerons à en donner un extrait, à cause de la ressemblance des symptômes et de la marche de la maladie avec la précédente.

VINGT-HUITIÈME OBSERVATION.

D***, chasseur au 16e léger, âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament lymphatique, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 21 avril 1836, atteint d'une conjonctivite double, qui avait un mois d'invasion.

Ce militaire, d'une constitution débile, racontait qu'il y a un mois environ, après s'être promené le soir par un temps froid et humide, il avait ressenti, pendant la nuit, de légers picotemens dans l'œil gauche; que, le lendemain, cet organe était légèrement coloré, et que, malgré des lotions faites plusieurs fois le jour avec de l'eau émolliente, la maladie était restée stationnaire; qu'ensuite elle avait continué à faire des progrès, et que l'œil droit s'était enfin entrepris de manière à l'obliger à entrer à l'hôpital. Il présentait d'ailleurs les symptômes suivans :

Les conjonctives des deux yeux sont d'un

rouge assez vif; la cornée est d'une couleur cendrée; la douleur est peu intense et nullement en rapport avec la violence de l'inflammation. L'impression de la lumière, quoique pénible, n'est pourtant pas très douloureuse; point de céphalalgie, point de fièvre; sommeil assez paisible; selles naturelles; persistance de l'appétit. Bouillon maigre; pruneaux matin et soir. Huit sangsues à chaque tempe; collyre émollient; pédiluves sinapisés; limonade, potion gommeuse.

Pendant le reste du mois d'avril, l'état des yeux reste le même, malgré les révulsifs intestinaux auxquels on a recours, les collyres laudanisés et le régime sévère auquel le malade est soumis.

Depuis le 1er mai jusqu'au 20, la phlegmasie oculaire éprouve, de temps à autre, une amélioration de courte durée; mais l'opiniâtreté avec laquelle elle se réveille engage le chirurgien en chef à faire appliquer un séton à la nuque.

Du 20 au 25, il y a un peu d'amélioration, mais elle ne dure que trois jours, et alors la cornée devient plus malade; un épanchement se forme à sa partie inférieure; cependant le malade n'éprouve pas plus de douleur.

On le met à l'usage des pilules de ciguë et de calomélas, lesquelles, continuées pendant plus de trois semaines, laissent la maladie stationnaire.

On les suspend sans que cette suspension apporte aucun changement dans les symptômes. L'état de la conjonctive et de la cornée reste le même; le malade éprouve de temps à autre, surtout vers le matin, quelques douleurs.

Le 1er juillet, on reprend l'usage des pilules de ciguë et de calomélas; mais, vers le sixième jour, le malade se plaint d'une chaleur extraordinaire à la bouche et aux gencives; ces parties sont aussi plus rouges.

On n'en continue pas moins l'administration des pilules, qui déterminent une forte salivation, pendant laquelle les yeux reprennent peu à peu leur état normal. Cette salivation, malgré la suspension des pilules dès le quatrième jour, se prolonge jusqu'au 19 juillet, époque à laquelle les yeux sont entièrement sains; le malade reste encore jusqu'au 25, et sort enfin parfaitement guéri de l'hôpital.

S'il est rare de voir des ophthalmies résister avec autant d'opiniâtreté aux médications rationnelles, lorsqu'il n'existe point de vice organique chez l'individu qui en est atteint, on ne saurait s'empêcher de reconnaître l'heureux effet de la salivation. Nier que la supersécrétion des glandes salivaires ait été, en cette circonstance, le moyen dont la nature s'est servie pour amener la guérison de cette ophthalmie rebelle serait, ce

nous semble, commettre un acte d'obstination malheureuse; aussi croyons-nous inutile d'en démontrer l'évidence. Quelques personnes penseront peut-être que cette ophthalmie reconnaissait pour cause un principe syphilitique; mais, outre que le malade assurait n'avoir jamais contracté d'affection vénérienne, il importe de ne pas omettre qu'à différentes reprises on avait eu recours, mais sans aucun succès, aux collyres antisyphilitiques. D'ailleurs, on sait, depuis trop longtemps, à quoi s'en tenir sur l'importance de la salivation dans le traitement des affections vénériennes, pour que nous voyions, dans la guérison survenue à la suite de ce symptôme, autre chose qu'une conséquence des lois de la révulsion. Il nous serait facile d'ajouter d'ailleurs que nous avons eu occasion d'observer des ophthalmies qui paraissaient reconnaître pour cause la syphilis, et qui ont guéri, sans salivation et sans mercuriaux, à l'aide du traitement opposé aux ophthalmies simples, les antiphlogistiques, les narcotiques et les révulsifs.

Le régime, chez nos malades, a toujours été des plus sévères, et maintes fois nous avons pu constater que le moindre écart en ce genre suffisait pour ranimer ou reproduire l'inflammation. Les ophthalmies dites scrofuleuses ne font pas même exception à cette règle.

Les ophthalmies purulentes ont été rares ; nous n'en avons observé que trois, deux de nature gonorrhéique, et l'autre en quelque sorte spontanée.

Des deux premières, l'une a guéri complétement, grâce à un traitement des plus énergiques : deux saignées de douze onces chaque, en vingt-quatre heures ; quinze sangsues permanentes à la tempe; applications froides remplacées, plus tard, par des fomentations tièdes, et protochlorure de mercure à haute dose à l'intérieur. La seconde, malgré une médication aussi énergique que celle dont nous venons de parler, marcha avec tant de rapidité que la vue, en moins de quarante-huit heures, fut perdue sans espoir de retour ; heureusement que la maladie n'avait atteint que l'œil gauche.

Le troisième cas se manifesta chez un militaire du 2e d'artillerie à pied, nommé A*** ; cet homme raconta que l'avant-veille, ayant très chaud, il avait exposé l'œil gauche au courant d'air d'un trou de serrure, afin de voir ce que ses camarades faisaient dans une chambre, et qu'après être resté au delà d'une demi-heure dans cette position, il avait bu plusieurs verres d'eau de vie, puis était allé se coucher. Pendant la nuit, des picotemens douloureux s'étaient fait sentir dans l'œil ; le matin, la douleur s'était

accrue, et enfin il s'était vu obligé d'entrer à l'hôpital le 7 mars 1828. Placé dans le service des blessés, il présenta les symptômes suivants :

Injection et boursouflement de la conjonctive, qui sécrète une humeur muqueuse et quasi purulente, douleurs vives dans l'organe oculaire; céphalalgie intense; du reste, aucune réaction générale.

Le 8 mars, quinze sangsues à la région temporale, bains de pieds sinapisés, collyre émollient.

La maladie fit tant de progrès dans la journée, que, le soir, la matière qui s'écoulait à travers des paupières était puriforme et très abondante; les paupières étaient, en outre, très tuméfiées, et, examinées à leur surface interne, on reconnaissait que la paupière supérieure présentait un grand nombre de granulations, tandis que l'inférieure était seulement rouge et boursouflée; la photophobie était des plus intenses, la fièvre assez vive, et les autres symptômes généraux en rapport avec l'activité de la circulation.

Une saignée de 12 onces fut pratiquée aussitôt; vingt sangsues appliquées immédiatement après, sur la tempe correspondante, et des sinapismes placés aux jambes, complétèrent le traitement, malgré l'énergie duquel les symptômes augmentèrent.

Le 9 mars, les granulations sont devenues

plus nombreuses; la cornée paraît couverte de poussière; le pus s'écoule comme par torrens; le gonflement des paupières est plus considérable; la fièvre est aussi forte, la céphalalgie aussi intense. Nouvelle saignée de 15 onces, vingt-cinq sangsues, collyre émollient, sinapismes aux extrémités inférieures.

Pendant le jour, l'inflammation de la cornée fait des progrès; cette membrane prend successivement une teinte rosée, et l'on y voit apparaître, vers le soir, quelques points blanchâtres. Nouvelle saignée de 12 onces, dix sangsues permanentes, collyre opiacé.

La nuit a été moins mauvaise que la précédente, le malade a dormi un peu vers le matin. Le lendemain, les granulations sont d'un rouge moins vif, l'écoulement est moins considérable, le gonflement des paupières moindre, la cornée présente une teinte moins rosée, et, bien qu'on aperçoive des traces d'épanchement puriforme entre les lames de cette membrane, la photophobie ainsi que la fièvre ont diminué, et le malade se trouve beaucoup mieux. Quinze sangsues sont cependant appliquées à la tempe, et les autres moyens sont continués.

Le 11 mars, les granulations sont moins nombreuses; sur certains points même elles ont disparu. Depuis lors, l'amélioration fut progres-

sive, et l'on vit disparaître, en un espace de temps assez court, tous les graves symptômes dont A*** avait été atteint. On fut obligé cependant, pour guérir complètement la cornéite qui s'était développée, d'avoir recours au séton et au laudanum à l'extérieur, moyens dont on favorisa l'action par des révulsifs sur le tube digestif.

Cataracte.

Un seul exemple de cataracte s'est présenté à l'hôpital de Strasbourg, depuis huit ans; encore le sujet qui en était atteint n'appartenait-il plus à l'armée active, et, sans une autorisation spéciale du ministre de la guerre, les élèves de l'établissement auraient été privés de cette occasion d'instruction pratique.

Le malade, ancien officier, âgé de soixante-douze ans, d'un tempérament sanguin, avait, cinq ans avant son entrée à l'hôpital (4 juin 1834), été atteint de cataracte à l'œil gauche, compliquée, à son début, d'une amaurose incomplète. Cette dernière affection avait cédé assez promptement à un traitement révulsif convenablement employé. La cataracte ayant persisté, M. L*** se confia à un oculiste ambulant, qui l'opéra par abaissement. Le succès fut incomplet : il resta devant l'iris deux flocons blanchâtres qui s'opposèrent

à l'exercice de la vision à un tel point que, bien que l'autre œil fût également atteint de cataracte, c'était cependant à l'aide de ce dernier organe que le malade distinguait les objets. Cette seconde cataracte, développée peu de temps après l'opération de la première, présente, à son centre, un point très opaque, est inégalement blanchâtre à sa circonférence; et, bien qu'il n'existe aucune adhérence entre elle et l'iris, on reconnaît cependant que la convexité antérieure du cristallin fait saillie dans la chambre antérieure, ce qui semble indiquer que la maladie est capsulo-lenticulaire.

Quant à l'état général, il présente des particularités peu favorables au succès de l'opération : le malade se plaint, non d'une somnolence continue, du moins d'un état habituel de pesanteur à la tête; les pommettes sont rouges, et les paupières portent des traces d'inflammation chronique. Il est soumis, dès lors, à une diète assez sévère et à l'administration de révulsifs propres à diminuer la tendance à l'irritation des parties supérieures et particulièrement des yeux. Des sangsues sont appliquées à l'anus, et de légers purgatifs prescrits; puis un vésicatoire est placé au bras droit.

On obtient assez pomptement, à l'aide de ces moyens, le résultat désiré, et tout était disposé

pour l'opération le 18 juin 1836, lorsqu'on fut obligé de la retarder, à cause d'une disposition érysipélateuse qui s'était manifestée depuis quelques jours dans l'établissement. On profita de ce retard pour continuer à diminuer l'état d'irritation de l'œil; puis, le malade étant très impatient, l'opération fut pratiquée le 26 juin, par la méthode d'abaissement. Telle fut la mobilité des yeux du malade pendant l'action de l'aiguille, qu'on fut obligé de prendre les plus grandes précautions pour ne pas blesser les parties internes de l'œil; toutefois l'opérateur, étant parvenu à saisir le cristallin, en fit l'abaissement. L'aiguille une fois retirée, le malade s'empressa de dire qu'il avait vu assez distinctement la personne qui se trouvait en face de lui.

Reconduit dans son lit, l'opéré n'accusa aucune douleur; quelques élancemens se firent seuls sentir; mais des applications d'eau fraîche, prescrites aussitôt après l'opération, les maîtrisèrent au point que le malade dormit presque toute la nuit. Le lendemain, il n'y a aucune trace d'irritation, et M. L*** se lève le troisième jour. Il reconnaît distinctement les objets, il lui semble seulement voir voltiger des mouches, ce qui tient vraisemblablement à la présence de quelques petits fragmens ou accompagnemens du cristallin, non

encore absorbés. Le malade reste encore plusieurs jours à l'hôpital et sort guéri le 3 juillet 1836.

Cette observation est remarquable à cause de l'âge avancé du sujet et de l'insuccès de la première opération.

Grâces soient rendues à M. le ministre de la guerre, pour avoir bien voulu autoriser l'entrée de M. L*** à l'hôpital de Strasbourg. C'est en agissant de la sorte que l'on parviendra à donner aux hôpitaux d'instruction toute l'importance qu'ils réclament, afin de répondre à leur institution, et de justifier la confiance que l'armée accorde aux sujets qui s'y sont distingués.

Nous n'avons eu occasion de remarquer que deux cas d'amaurose survenue à la suite d'accès de rhumatisme; mais, en retour, nous avons observé un grand nombre d'héméralopies. Telle est même la fréquence de cette affection, qu'on peut, en quelque sorte, la considérer comme endémique à Strasbourg. En 1832 (1), elle fut si multipliée, que quelques écrivains l'ont décrite comme épidémique; une épidémie de même nature avait été observée en 1787.

La maladie sévit principalement sur les mili-

---

(1) Voyez le *Manuel d'ophthalmologie* de mon honorable collègue et ami, M. Stœber. Strasbourg 1834, in-8°.

taires logés à la citadelle, à raison, sans doute, de l'humidité dont cette forteresse est environnée. Les yeux des individus qui en ont été frappés ne présentaient rien de remarquable; j'en excepte cependant une dilatation légère de la pupille et une remarquable lenteur dans les mouvemens de l'iris; quelques uns se plaignaient de céphalalgie.

Le repos, aidé de quelques collyres rendus toniques par l'addition de la teinture de quinquina, suffit pour guérir la plupart de ces héméralopes. Chez ceux atteints en même temps de douleur et de pesanteur à la tête, une saignée générale commence le traitement, et quelquefois le compose tout entier. Rarement, les malades restent plus de dix jours à l'hôpital, et nous n'avons que deux exemples, sur plus de soixante observations, où l'on ait été obligé d'avoir recours à l'application de vésicatoires à la nuque.

2°. *Maladies des organes de l'olfaction.*

Des fractures des os du nez, des plaies ou des égratignures de cette région ne sauraient fixer notre attention; aussi ne nous y arrêterons-nous pas. Il n'en sera pas de même des ulcères de la membrane qui revêt l'intérieur des fosses nasales, qui, quelquefois, produisent des ravages

si considérables; deux observations récentes nous ont malheureusement appris combien sont rebelles ces maladies, alors qu'elles reconnaissent pour cause l'affection syphilitique. Nous les consignons ici, moins comme exemples remarquables de lésions de ce genre que pour constater de nouveau que les traitemens les mieux indiqués, les plus rationnels ne suffisent pas toujours pour en triompher.

VINGT-NEUVIÈME OBSERVATION.

Ulcérations profondes des parois nasales; traitemens variés; guérison incomplète.

M***, officier d'artillerie, âgé de vingt-huit ans, eut, à l'âge de vingt ans, une gonorrhée qu'il conserva pendant six mois environ, et qui disparut sans aucun traitement. Six mois après, une seconde blennorrhagie survint, et guérit, dans l'espace de huit jours, sous l'influence d'injections stimulantes. Huit mois s'étaient à peine écoulés, que M*** contracta des ulcères au prépuce, que l'emploi du sirop sudorifique dissipa en moins d'un mois. Quinze jours après la cicatrisation de ces ulcères, survient une double ophthalmie purulente, qui cède à un traitement antiphlogistique énergique et aux révulsifs con-

venablement employés. Toutefois M*** continuait à se livrer à tous les genres d'excès, et souvent les paupières redevenaient malades, ainsi que la conjonctive oculaire. Un an après, c'est à dire au commencement de 1831, de nouveaux ulcères se firent apercevoir à la suite d'une nouvelle infection, mais ils étaient bénins, et il suffit de l'application d'un peu d'onguent mercuriel pour les faire disparaître. Le malade néanmoins ayant consulté un homme de l'art, celui-ci lui prescrivit des pilules dans lesquelles il croit qu'il entrait du proto-iodure de mercure. Le traitement dura six semaines, et comme, cette fois, le régime fut parfaitement observé, la guérison parut parfaite.

En 1832, nouvelle blennorrhagie que des injections astringentes font disparaître en moins de trois jours.

Au mois d'avril, nouveaux chancres sur le prépuce, que le malade conserve pendant trois mois, et que l'on traite d'abord par des applications locales, puis par des frictions mercurielles et la liqueur de Vanswieten. Le défaut d'observation de régime met obstacle à la guérison complète, et pour comble d'infortune, M*** contracte à Paris, au mois de décembre, une nouvelle blennorrhagie, que la vie occupée du siége de la citadelle d'Anvers, au lieu d'augmen-

ter, fit disparaître en moins de trois semaines.

En 1833, douleurs légères dans les deux tibias, qui augmentent pendant la nuit et deviennent graduellement assez intenses pour obliger le malade à consulter un médecin, lequel recommande les préparations iodurées à l'intérieur. Mais l'usage de ces médicamens fatigue tellement l'estomac, qu'on ne peut en continuer l'emploi.

En 1834, les douleurs n'ayant pas entièrement disparu, bien que pourtant il y eût un amendement très remarquable dans leur intensité, M*** entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, et en sortit après un séjour de trois mois, pendant lequel il avait été soumis à l'usage des opiacés, du sirop sudorifique et des pilules de ciguë et de calomélas. Cette fois, le malade ayant observé rigoureusement le régime, la guérison parut complète. Pendant près de deux ans, en effet, M*** ne ressentit aucune incommodité; mais, pendant les premiers jours de janvier 1836, des douleurs se firent sentir de nouveau à l'endroit occupé naguère par les exostoses; quelques jours de repos, des bains et des linimens ammoniacaux camphrés suffirent pour les faire disparaître. Alors apparut, à l'angle interne de l'œil gauche, une petite tumeur que le malade rapporta à un accident survenu quelque temps auparavant : réuni avec plusieurs de ses camarades autour

d'un bol de punch, une partie de la flamme de cette liqueur, qui brûlait, avait été dirigée vers cette partie et l'avait un peu touchée; à l'instant même, une rougeur assez vive s'était manifestée, et les yeux étaient restés irrités pendant un certain temps. Des sangsues appliquées sur cette tumeur n'empêchèrent pas qu'un point de suppuration ne s'y fît sentir quelques jours après; et l'abcès s'étant ouvert, une petite quantité de pus en sortit, puis l'ouverture sembla se cicatriser, pour s'ouvrir de nouveau, et à différentes reprises. M***, toutefois, paraissait guéri, et sortit à la fin de janvier 1836; au bout d'un mois, une tumeur de même nature que la première apparut à l'œil du côté opposé, et fit rentrer le malade à l'hôpital le 3 mars. Il présentait alors les symptômes suivants :

A l'angle interne de chaque œil, et sur le point correspondant au sac lacrymal, existe une petite tumeur rougeâtre, indolente, parfaitement semblable à la tumeur lacrymale; mais la pression exercée sur ces tumeurs ne fait rien refluer vers les points lacrymaux; le liquide sécrété par la glande lacrymale ne s'écoule point au dehors; les narines sont presque toujours humides, et le malade rend même souvent, par cette voie, d'abondantes mucosités épaisses. Ces circons-

tances suffisent pour éclairer le diagnostic et caractériser la maladie des os du nez et de la partie interne de l'orbite.

L'origine syphilitique de cette affection étant bien connue, le malade fut soumis à la diète lactée, ainsi qu'aux sudorifiques et aux pilules de ciguë et de calomélas. Pour traitement local, on se contenta d'appliquer, de temps à autre, la pierre infernale sur les tumeurs dont le sommet s'était entr'ouvert. Sous l'influence de ces moyens, les tumeurs parurent diminuer; mais bientôt un nouveau symptôme se manifesta : le nez se tuméfia, devint rouge sans pourtant être douloureux, et le malade ne fut pas peu surpris lorsque, le 10 avril, en se mouchant, il remarqua, dans le mouchoir qui avait servi à cet usage, une portion d'os assez considérable; deux jours après, deux fragmens encore plus volumineux s'échappèrent, paraissant appartenir aux cornets inférieurs. Un certain nombre d'ulcérations existaient dans l'intérieur des narines.

On substitua aux préparations mercurielles le muriate d'or, dont le malade fit, pour la première fois, usage, le 18 avril.

A cette époque et depuis le jour où les seconds fragmens osseux avaient été expulsés, la tumeur du côté droit cessa de suppurer; mais, en retour,

une douleur obtuse se fit sentir au fond de la gorge, qui présenta des ulcérations longitudinales.

Le 23 avril, les ulcères ont moins d'étendue, le nez est moins tuméfié, moins rouge surtout, les tumeurs moins tendues, principalement celle du côté droit; mais, en les examinant avec beaucoup d'attention, on reconnaît qu'il existe, au dessous d'elles, une dureté osseuse, peu sensible à la pression.

Le chlorure d'or donné à un *douzième* de grain le fut à un *huitième* pendant plus de six semaines, sans qu'il en résultât la moindre amélioration; aussi lui substitua-t-on de nouveau les pilules de ciguë et de calomélas, dont le malade avait déjà antérieurement fait usage. Leur emploi fut promptement suivi d'une salivation abondante, qui força de les suspendre, et pendant laquelle il y eut un peu d'amélioration, mais de si courte durée que, le 4 juin, l'inflammation ou plutôt l'ulcération avait envahi presque toute l'étendue des fosses nasales et une grande partie de l'arrière-bouche.

Alors emploi nouveau des sudorifiques, des opiacés, des dépuratifs, moyens qui glissent en quelque sorte sur le malade sans modifier son organisme. Il reprend ensuite des frictions mercurielles, et un peu d'amélioration suit leur emploi; mais l'œil droit ne tarde pas à s'enflam-

mer de nouveau : une tumeur d'un petit volume se développe près de la paupière inférieure, puis la salivation reparaît, et, pendant dix-sept jours, tourmente horriblement le malade. Elle semble toutefois exercer une influence heureuse sur la marche de l'affection ; car, au moment où les glandes salivaires reprennent leur état normal, les yeux sont mieux, et l'ulcère du nez paraît moins profond.

Le 19 juillet, on touche ce dernier avec le nitrate acide de mercure, et on administre de nouveau les pilules de ciguë et de calomélas, combinées avec la salsepareille à haute dose ; mais la salivation étant sur le point de reparaître, pour la troisième fois, on en discontinue l'usage. Il y a, du reste, beaucoup d'amélioration ; les ulcères sont cicatrisés, les tumeurs lacrymales ont moins de volume, et le malade ne rend plus de suppuration. Cet état lui fait désirer de prendre un congé de convalescence et de quitter, pour quelque temps, le climat froid et humide de l'Alsace. Nous avons appris, depuis, son départ pour le midi, et nous espérons qu'il y aura obtenu, grâce à l'influence du climat, une guérison plus complète.

Les annales de la science ont conservé un grand nombre d'observations semblables à la précédente : les personnes versées dans l'étude des

maladies syphilitiques, ou celles qui, moins érudites, ont fréquenté les musées d'anatomie pathologique, en ont vu de plus tristes résultats encore. Mais il en est peu où l'action des agens thérapeutiques les plus variés ait été aussi complètement inefficace : il est vrai que le sujet avait, pour ainsi dire, accumulé imprudemment sur lui toutes les chances de non-guérison, en ne tenant aucun compte des règles de l'hygiène, et en multipliant, comme à plaisir, les atteintes de la syphilis. Serait-il résulté de là que le virus syphilitique, pour parler le langage de certains médecins, se serait incorporé à chaque molécule, et aurait empoisonné tout l'organisme de manière à n'en pouvoir plus être séparé? Quoi qu'il en soit, on ne saurait assez déplorer l'impuissance de l'art dans beaucoup de cas de cette nature. Mercure sous toutes les formes, or, sudorifiques, dépuratifs, révulsifs, chlorures, cautérisations, sangsues, etc., tout a été infructueux. Chaque fois qu'un peu de mieux-être survenait et laissait entrevoir la guérison, on voyait, souvent le lendemain ou le jour même, un nouvel accident qui, d'abord bénin, acquérait graduellement de la gravité et replongeait le malade dans un état analogue à celui des jours précédens. Cette persistance des symptômes aurait-elle été l'effet du mercure? Mais, s'il en était ainsi, le traitement

antiphlogistique, auquel le malade a été pendant si longtemps soumis, aurait dû produire des effets avantageux. Doit-en en accuser, au contraire, l'emploi insuffisant des mercuriaux? Mais à qui pourrait venir une semblable idée, en songeant à la grande quantité qui a été administrée? Aurait-on été trop avare de l'emploi des sudorifiques? Mais, outre ceux dont il a fait usage pendant son séjour à l'hôpital, le malade ne s'en était-il pas, pour ainsi dire, gorgé? Nous sommes porté à faire, dans ces maladies redoutables, une large part au climat, et nous nous fondons, à cet égard, sur les tentatives malheureuses faites, depuis plusieurs années, dans notre hôpital, pour les guérir. Le climat froid et humide de l'Alsace, climat de fer pour les affections cutanées et pulmonaires, n'est pas moins désastreux pour les affections syphilitiques anciennes. Plus de vingt observations justifieraient au besoin cette proposition, sur laquelle nous aurons occasion de revenir ailleurs.

TRENTIÈME OBSERVATION.

Ulcères et destruction d'une partie des parois nasales; guérison.

M. M***, officier dans l'un des régimens de ligne, âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament

lymphatique, était, au moment de la guerre d'Alger, atteint d'un bubon syphilitique, à l'aine droite, lequel fut ouvert la veille du débarquement, ce qui ne l'empêcha point de se livrer au combat le lendemain et d'entrer, avec ses compagnons d'armes, dans la capitale du dey. Le bubon, bien que n'ayant plus été pansé depuis le jour où il avait été ouvert, ne tarda cependant pas à se cicatriser entièrement. Plus d'une année s'écoula sans qu'il survînt aucun autre accident, et ce ne fut que vingt mois après, à la suite d'une nouvelle gonorrhée, que le malade ressentit une chaleur assez intense à la gorge, qui devint rouge et douloureuse. Ces phénomènes, ainsi que la gonorrhée, disparurent sous l'influence d'un traitement antiphlogistique.

En 1835, il y eut une nouvelle infection (chancres), dont le malade guérit à l'aide d'un traitement sudorifique et mercuriel; enfin, au commencement de 1836, reparut l'angine. Celle-ci s'accompagna bientôt d'ulcères, les fosses nasales s'entreprirent, les cornets inférieurs et moyens disparurent; enfin, au moment où le malade comptait toucher à la guérison, la base du nez se tuméfia, devint livide, douloureuse; un peu de pus s'y manifesta, un coup de bistouri lui donna issue, et l'ouverture provenant de cette ponction se convertit en un ulcère rongeant, qui menaça

de découronner entièrement le nez et de défigurer le malade.

Antiphlogistiques, régime sévère, sudorifiques, mercuriaux, pilules de ciguë et de calomélas, bains, rien n'a été épargné pour obtenir une guérison qui, à plusieurs reprises, et surtout après une longue et abondante salivation, paraissait prochaine et radicale, mais qui toujours a trompé nos espérances et celles du malade. Enfin il a été soumis à la tisane de Zittmann et au traitement qui l'accompagne. Ces moyens, administrés à deux reprises différentes, ont produit les plus heureux résultats, et le malade est sorti, guéri, pour aller habiter le midi pendant quelque temps, et rendre son rétablissement plus solide. Ce but a été atteint; car, de retour en Alsace, les cicatrisations ont conservé leur solidité, et, depuis un an, la santé générale est restée parfaite.

Ces deux observations ont manifestement entre elles la plus grande analogie, et les réflexions que la première nous a suggérées sont parfaitement applicables à la seconde.

Une maladie dont, pendant quatre ans, nous n'avions observé aucun exemple, mais que, depuis 1833, nous avons eu occasion de remarquer cinq fois, est l'hydropisie du sinus maxillaire. Cette affection, du reste, est loin d'être aussi fréquente qu'on serait tenté de le présumer, d'après le

nombre d'exemples qu'elle nous a présentés ; Boyer dit ne l'avoir rencontrée que *trois fois*. On sait combien l'étiologie de cette affection présente d'obscurité dans certains cas : chez deux de nos malades, une dent cariée paraissait y avoir donné naissance ; chez un troisième, la maladie s'était développée à la suite d'une percussion violente, dirigée sur la joue ; chez le quatrième, il était assez difficile d'en assigner la cause, et chez le cinquième, enfin, la collection était survenue, ou du moins avait apparu pendant son séjour à l'hôpital, où le malade était entré pour des chancres sur la verge et la gonorrhée.

Chez tous ces sujets, la maladie était caractérisée par une saillie plus considérable de la joue correspondante, saillie qu'avec un peu d'attention on reconnaissait indépendante des parties molles, et due au soulèvement de la paroi antérieure et externe du sinus.

Le traitement a été le même pour tous, et a consisté dans l'arrachement préalable d'une ou de plusieurs dents, et dans la perforation du sinus, à l'aide d'une langue de carpe, instrument vraiment précieux, qui ne nous paraît point assez employé.

Tous ces malades guérirent après un à deux mois de traitement, durant lequel les ouvertures du sinus furent entretenues, et des injections émollientes, puis détersives et chlorurées, faites

dans la cavité du sinus. Chez le dernier malade seulement, la lésion se compliqua d'un boursouflement de mauvaise nature de la gencive, qui nécessita une application du cautère actuel sur une surface assez étendue. Il y a lieu de supposer que la maladie pour laquelle l'opéré était entré à l'hôpital n'était point étrangère à cette complication. Quoi qu'il en soit, la guérison, pour s'être fait attendre, n'en fut pas moins parfaite et, comme dans les cas précédens, obtenue par des moyens fort simples.

Article VIII. MALADIES DE L'APPAREIL DE LA CIRCULATION.

§ Ier. *Plaies du cœur.*

Les plaies du cœur, presque toujours mortelles, à raison de l'importance de l'organe central de la circulation, ont été fort rares à notre hôpital : nous n'en avons observé que deux depuis dix ans, encore une d'elles fit-elle instantanément périr le sujet, dont nous n'avons guère été appelé qu'à constater le genre de mort.

TRENTE ET UNIÈME OBSERVATION.

C'était un grenadier du 18e de ligne, nommé

G***, qui, se trouvant placé, le 8 juillet 1828, à côté d'un de ses camarades dont le fusil éclata en tirant à la cible, reçut, dans la poitrine, un morceau de bois, qui le tua presque aussitôt; à peine, en effet, eut-il le temps de prendre la main de son lieutenant, placé à côté de lui, et de lui recommander sa mère, que déjà il n'était plus; transporté à l'hôpital, il y fut ouvert le lendemain matin, et on constata, à l'autopsie, les désordres suivans :

Une plaie assez large existe entre la cinquième et la sixième côte, près du sternum; le péricarde ouvert contient une quantité assez considérable de sang à demi coagulé. En touchant le cœur, on reconnaît qu'un corps étranger s'est introduit dans les ventricules; celui du côté gauche a été perforé et contient un fragment de bois, assez volumineux, qui a déchiré la cloison dans une grande étendue, et produit, à raison de ses aspérités, un désordre très considérable.

Le second cas, dont nous avons été témoin, est d'une tout autre importance que celui-ci, bien qu'il offre avec lui une grande analogie sous le rapport de la cause et du mécanisme de la blessure.

TRENTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

H***, militaire en congé illimité, âgé de trente et un ans, s'amusait, le 28 mars 1830, à tirer des coups de fusil avec un de ses amis, lorsque, tout à coup, l'arme dont se servait ce dernier éclate et blesse H***, qui tombe, à l'instant même, en syncope. Toutefois, il ne tarde pas à reprendre ses sens, accuse une douleur assez vive derrière le sternum, et est transporté à l'hôpital, où il présente, à son arrivée, les symptômes suivans :

A deux pouces environ au dedans du téton gauche, entre la sixième et la septième côte, existe une plaie d'une petite étendue qui ne donne passage ni au sang ni à l'air. La poitrine, percutée sur ce point, résonne assez bien; le malade rejette quelques crachats sanguinolens; les mouvemens du cœur sont obscurs; le pouls est faible; il y a de la dyspnée; la peau est froide, le visage pâle, et le blessé craint de se trouver mal à chaque instant.

Le chirurgien de garde, attribuant la plupart de ces symptômes, sauf les crachats sanglans, à la frayeur qu'avait éprouvée le blessé au moment de l'accident, prescrivit une potion antispasmodique, et fit appliquer en même temps des sinapismes aux pieds. Quatre heures après, la réac-

tion commençait à s'engager et les crachats devenaient sanglans; nous conseillâmes une saignée générale de dix onces, dont le blessé se trouva bien, et qui fit presque complètement cesser l'expectoration. Les battemens du cœur, toutefois, restaient toujours obscurs, le pouls petit, et la douleur sternale persistait. Du reste, le visage avait repris de la couleur, la chaleur était revenue, et les menaces de lipothymie avaient disparu; une nouvelle saignée fut pratiquée à neuf heures du soir.

Le 29, le blessé a passé une nuit assez tranquille; le pouls est plus développé et régulier (cent); la face est colorée, néanmoins le visage exprime de la souffrance; la douleur derrière le sternum se maintient; l'oreille, appliquée sur cette région, entend une espèce de crépitation onduleuse, qui rappelle, jusqu'à un certain point, celle que l'on rencontre dans l'anévrisme variqueux. Il y a un peu de râle crépitant du côté gauche, dans la partie du poumon placée au voisinage de l'organe central de la circulation. Partout ailleurs le bruit respiratoire se fait entendre, bien que la dyspnée persiste; le blessé se plaint que la position horizontale le fatigue. Saignée de dix onces; six ventouses scarifiées sur la région précordiale.

Le 30, l'état du blessé est le même; seulement la parole est plus brève, le pouls plus dépressible

et moins fréquent (quatre-vingt-seize); la douleur sternale est plus vive. Saignée de huit onces; quatre ventouses scarifiées. Diète, boissons adoucissantes.

Cet état persiste le lendemain, où l'on réitère la saignée et les sangsues.

Le 1er avril, le malade est mieux : il a dormi quatre heures, ne ressent plus de menaces de lipothymie et reprend courage. La douleur sternale est moindre; il n'existe presque plus de râle crépitant; le pouls conserve le même degré de fréquence et semble seulement plus régulier. Diète, boissons adoucissantes.

L'amélioration continue les jours suivans; l'appétit se prononce; du bouillon et des pruneaux sont accordés. Cependant, le 4, la douleur sternale persistant, quinze sangsues sont appliquées sur le point qu'elle occupe et la font presque entièrement cesser. Il existe toujours de la matité à la région précordiale; le pouls reste faible et à quatre-vingt-dix; les forces ne se relèvent pas d'une manière sensible; la langue est humide et blanchâtre : on accorde graduellement, aux instances du blessé, du riz au lait et des pruneaux.

Son état demeure à peu près stationnaire jusqu'au 7, aucun symptôme grave ne se déclarant, mais la convalescence ne faisant que des progrès d'une excessive lenteur, et la région précordiale

ainsi que le pouls ne revenant pas à leur état normal. Un léger écart de régime commis dans cette journée du 7 suffit pour déterminer de l'agitation durant la nuit. Le lendemain, on observe de l'embarras dans l'acte respiratoire, de l'accélération (quatre-vingt-dix-huit) et de l'irrégularité dans le pouls, qui ne présente pas, toutefois, d'intermittence; la matité paraît plus étendue à la région précordiale, et une crépitation onduleuse très marquée correspond aux contractions des ventricules du cœur. Le visage est pâle, l'appétit dissipé. Vingt sangsues sont appliquées sur la région précordiale; diète, boissons adoucissantes.

Le 9, la nuit a été assez calme; le pouls, plus régulier, est descendu à quatre-vingt-quatorze; il est plus fort et plus développé que la veille; la dyspnée est moins intense. Quinze nouvelles sangsues au devant du cœur; le reste, comme la veille.

Le 10, l'amélioration a fait de nouveaux progrès : pouls à quatre-vingt-onze; matité moindre, respiration plus facile; mais, le 11, les accidens reparaissent avec une intensité nouvelle : nuit agitée, respiration anxieuse, pouls développé, fréquent (cent deux), battemens du cœur profonds, bruit de lime à l'auscultation, matité plus étendue. Trente sangsues à la région précordiale; diète, boissons adoucissantes.

Ces médications produisirent du soulagement, ramenèrent le blessé à son état antérieur de calme, mais sans déterminer la convalescence. On continua, le lendemain, les sangsues au nombre de douze, puis les boissons adoucissantes. Le pouls tomba à quatre-vingts, la matité disparut presque complètement; la respiration devint facile, le bruit de scie cessa de se faire entendre; la douleur sternale continua seule, bien qu'avec moins d'intensité; retour de l'appétit.

Le 15, un moment d'impatience et de colère, auquel se livre le blessé, suffit pour détruire le bien-être qu'il éprouvait. Agitation nocturne, toux fréquente, matité plus grande et plus étendue, douleur plus vive, mouvemens du cœur plus profonds. Vingt sangsues, appliquées sur le point affecté, ne produisirent aucun effet; on y revint le lendemain, et alors une amélioration légère eut lieu.

Le 20, l'état de H*** était assez satisfaisant, lorsque, durant la nuit, après s'être encore impatienté et avoir voulu se lever, tous ces accidens reparurent; une douleur sous-sternale, beaucoup plus vive que celle qu'il avait ressentie jusqu'alors, se fit sentir; la respiration devint très embarrassée, le pouls était fréquent (quatre-vingt-dix-huit) et fort; l'oreille, appliquée sur la région du cœur, y percevait un bruit de souffle très distinct.

Vingt-cinq sangsues, sur la partie malade, n'empêchèrent pas les symptômes de s'aggraver. Le 21, pouls à cent huit, présentant des irrégularités; respiration anxieuse, menaces de lipothymie, agitation extrême. Vingt-cinq sangsues, cataplasmes irritans aux jambes; bouillons adoucissans. Ces moyens, moins les sangsues, continués les jours suivans, produisirent, le 23, un peu de soulagement, les menaces de lipothymie cessèrent, le pouls descendit à quatre-vingt-deux; la douleur sous-sternale devint moins intense; persistance du bruit de souffle.

Cette amélioration fut peu durable, et tous les accidens reparurent le 24. Le pouls était alors à cent six, irrégulier; la face était grippée; quinze sangsues; sinapismes aux pieds. Le 25, le pouls ne se fait plus sentir dans les artères radiales, les mouvemens du cœur sont tumultueux; diète, boissons adoucissantes.

Le 26, le pouls a reparu pendant la nuit; le malade est beaucoup mieux. Même prescription. Cette amélioration se prolonge pendant plus longtemps que les précédentes, et permet de concevoir l'espérance de la guérison. Le 7 mai, le blessé pouvait manger la soupe et du riz au lait; on lui donnait des boissons adoucissantes et des pilules de digitale. Il était faible, mais les fonctions s'exécutaient avec régularité.

Le 9, sans cause appréciable, il dit avoir mal dormi, et se plaint de céphalalgie susorbitaire; la langue est un peu jaunâtre, il y a quelques nausées et un peu de soif. Diète, boissons acidulées; suppression des pilules de digitale.

Le 10, un érysipèle apparaît à la cuisse gauche, qui jadis avait été le siége d'une blessure par instrument tranchant; il y a de la fièvre, le visage est coloré, la langue sèche et jaunâtre; la céphalalgie susorbitaire est des plus intenses; la douleur sternale reprend de l'acuité, le pouls est très fréquent (cent huit); il y a de la dyspnée. Saignée de six onces; diète, boissons adoucissantes acidulées.

Le 11, l'érysipèle quitte la cuisse et s'empare du bras gauche; du reste, les symptômes sont moins intenses que la veille, le pouls est à quatre-vingt-dix-huit; céphalalgie moins forte, soif moins vive, douleur sternale moindre; diète, boissons adoucissantes acidulées.

Le 12, l'érysipèle tend à gagner la poitrine, les symptômes s'accroissent, les mouvemens du cœur deviennent obscurs, le pouls petit; les forces du blessé décroissent d'une manière effrayante.

Le 13, l'érysipèle gagne la tête, le blessé est très agité; pouls à cent douze, douleur précordiale vive; vésicatoire sur la tête.

Le 14, tous les symptômes ont augmenté, et le

blessé a eu deux syncopes; pouls petit, intermittent; respiration anxieuse. Cet état persiste tout le jour, et H*** succombe, le lendemain, 15 mai 1830, après une agonie d'une demi-heure.

Autopsie du cadavre.

Crâne. Les tégumens du crâne sont rouges et tuméfiés; le cerveau et ses membranes sont dans l'état sain.

Abdomen. L'estomac est sain; quelques traces de phlegmasie chronique se montrent dans le duodénum et la fin de l'iléon; les gros intestins ne présentent rien de remarquable; le foie est gorgé de sang, la rate présente le même caractère; les organes génito-urinaires sont dans l'état normal.

Poitrine. Il existe, à l'endroit de la blessure, une cicatrice assez peu solide; puis, en pénétrant avec précaution dans la poitrine, on observe les altérations suivantes:

Le poumon droit présente, à sa surface antérieure, et dans la partie qui est voisine du cœur, une cicatrice peu étendue, également reconnaissable sous sa portion postérieure correspondante, et qui prouve que cet organe a d'abord été traversé. Le poumon présente, en outre, un premier degré d'hépatisation dans l'étendue de qua-

tre pouces environ; puis quelques adhérences superficielles unissant la partie supérieure avec la plèvre.

Le péricarde occupe un espace plus considérable que dans l'état normal : il paraît, au premier aspect, distendu par du liquide. Incisé avec précaution, il donne issue à cinq onces environ de sanie rougeâtre; il contient, en outre, plusieurs caillots fibrineux, dont deux adhèrent à la surface du cœur.

Ce dernier organe étant mis à nu, on s'aperçoit, en soulevant les lambeaux du péricarde, épaissi et rugueux à l'intérieur, qu'un corps étranger est implanté dans le ventricule gauche du cœur. Ce corps, que l'on reconnut au toucher pour appartenir au bois de l'arme qui a éclaté, est situé à la partie antérieure et au tiers moyen environ du ventricule. L'extrémité libre de ce corps fait, à l'extérieur, une saillie d'environ dix lignes, et a le volume d'une grosse plume à écrire. La cavité du ventricule gauche, dans laquelle il paraissait fixé, ayant été ouverte par son extrémité supérieure, on y trouve un caillot fibrineux assez résistant, étendu jusque dans l'aorte. Pour mieux examiner la position du corps vulnérant, on s'arrête à trois lignes environ de la plaie; puis, ayant introduit le doigt dans la cavité du ventricule ouvert, nous nous convain-

quîmes que le corps étranger en traversait toute l'épaisseur. Il faisait, de plus, saillie dans la cavité du ventricule droit, et s'arrêtait, après avoir traversé la cloison interventriculaire, à une demi-ligne environ de la paroi opposée du ventricule. Ce corps affectait une direction oblique de dehors en dedans et de bas en haut, et, lorsqu'on examina sa forme, on vit qu'il se terminait par une pointe triangulaire, qu'il présentait des inégalités nombreuses dans les différens points de son étendue, et qu'il allait en diminuant, d'une manière inégale, de sa base à sa pointe : celle-ci était très petite en comparaison de l'extrémité opposée, qui faisait saillie en dehors du ventricule gauche.

La surface interne du cœur est rouge, et dans certains endroits, notamment vers la pointe, un peu ramollie; près des valvules, au contraire, la membrane paraissait hypertrophiée légèrement. La pièce préparée par nous et M. Meyer, alors chirurgien surnuméraire et sous-chef des travaux anatomiques, a été déposée au cabinet d'anatomie pathologique de notre hôpital.

Réflexions. Si nous sommes loin du temps où l'on considérait comme essentiellement et nécessairement mortelles toutes les plaies du cœur, et si les faits consignés dans la thèse de M. Alphonse Sanson ne sauraient plus laisser aucun doute sur la possibilité de leur guérison, les deux

observations précédentes, mais surtout la dernière, ne sont pas moins dignes d'intérêt, soit à raison de la gravité de la lésion et de la prolongation de l'existence du blessé, soit à cause de la nature même de l'accident qui y a donné naissance. On croirait difficilement, en effet, qu'un éclat de bois aussi peu considérable pût produire des désordres aussi graves, si l'on n'en avait été le témoin. — Un fait non moins digne de remarque est la disparition momentanée des symptômes alarmans, et l'espérance que l'on a eue de sauver le malade, au moment où un érysipèle ambulant est venu aggraver l'état du blessé, et hâter, sinon déterminer la mort. On ne doutait pas cependant que le cœur n'eût été lésé : la douleur que le malade éprouvait derrière le sternum, l'irrégularité du pouls, les menaces de syncope et de lipothymie, et, plus tard, le bruit du souffle, ne pouvaient faire méconnaître la lésion ; mais on ne pouvait la croire aussi profonde. Il est difficile, au premier abord, d'expliquer comment une blessure aussi grave a permis au malade de survivre pendant quarante-neuf jours, et comment, surtout, les symptômes effrayans qui se sont manifestés à différentes reprises ont pu disparaître presque entièrement.

Pour se rendre compte de ces phénomènes, il importe, je crois, de se rappeler que, par suite de

la disposition anatomique des différens plans musculaires de l'organe central de la circulation, il peut arriver que le corps vulnérant, qui pénètre dans le ventricule gauche, ne fasse qu'écarter les fibres des plans superficiels et divise, en travers, celles du plan profond, de manière à faire obstacle à l'hémorrhagie, comme il peut se faire aussi que la plaie soit transversale et laisse l'ouverture béante. Si l'on se rappelle les résultats fournis par la nécropsie, on doit se souvenir que le corps vulnérant se dirigeait très obliquement de dehors en dedans et de bas en haut, situation des plus favorables pour expliquer la prolongation de la vie, malgré sa présence. Une autre circonstance, non moins importante pour rendre raison de la non-apparition de l'hémorrhagie, c'est la syncope dont a été pris le malade presque aussitôt après l'accident. Il ne faut pas non plus oublier, comme s'étant opposé à l'écoulement, l'obturation faite par le corps vulnérant. Sans cette réunion de circonstances avantageuses, nul doute que l'épanchement n'eût fait périr aussitôt le blessé, ainsi qu'il en avait été pour le premier. A part le fait publié par M. Ferrus (*Répertoire de physiologie pathol. et de chirurg.*, *t.* 1), (1) nous ne

(1) On apporta, le 3 juillet 1827, à l'hôpital militaire

connaissons aucune observation de plaie du cœur aussi grave et qui ait laissé vivre aussi longtemps le sujet. Encore importe-t-il de faire remarquer que, dans l'exemple rapporté par l'inspecteur en chef des établissemens et maisons d'a-

---

de Nancy, où nous étions alors, un chasseur du 15e léger trouvé mort, le matin, dans le cachot où il avait été mis la veille au soir. Ce militaire, rentré dans un état voisin de l'ivresse à la caserne, avait été conduit à la salle de police, où il continuait à faire tapage. Il fut averti que s'il ne cessait il serait mis au cachot. Irrité par cette menace, il s'exaspéra davantage, et lorsqu'on vint pour l'entraîner hors de la salle de police, il saisit la baïonnette du factionnaire, et s'en frappa la poitrine. La plaie fut si étroite que les assistans crurent qu'à peine l'instrument avait effleuré la peau. Cependant, au moment où il entrait dans le cachot, le blessé se plaignit d'éprouver une vive douleur à la région précordiale, et demanda du secours ; mais ses douleurs ayant paru feintes, on se contenta de recommander qu'il lui fût donné de l'eau fraîche pour se désaltérer. Grande fut la surprise générale en trouvant, le lendemain, le cadavre dont l'autopsie fut faite à l'amphithéâtre de l'hôpital de Nancy, en présence de M. Lachapelle, alors chirurgien-aide-major de cet établissement, et MM. Spielmann, Vincenti, Noël, Boisseul et moi, chirurgiens-sous-aides. Notre attention s'étant d'abord portée sur la plaie, nous trouvâmes entre la quatrième et la cinquième côte une solution de continuité de cinq lignes d'étendue environ, mais presque déjà réunie ; puis, en incisant le péricarde, une quantité con-

liénés de France, la lésion de l'organe central de la circulation avait été faite par un instrument moins dilacérant : c'était une espèce de poinçon, long d'environ quatre pouces, et terminé par une pointe de fer de lance. Aussi les altérations cadavériques ont-elles été différentes dans l'un et dans l'autre cas, la membrane interne du cœur ayant été visiblement altérée dans l'observation dont nous avons fait l'histoire, et rien ne laissant supposer qu'il en ait été ainsi dans

---

sidérable de sang à demi-coagulé dans cette membrane; enfin une blessure au ventricule gauche, qui avait pénétré jusque dans l'intérieur de sa cavité. On ignore le temps qui a suffi pour faire périr le blessé; mais, eu égard à l'état de refroidissement du corps, on a dû supposer qu'il avait succombé assez promptement.

Nous avons rapporté ce fait pour prouver que la rapidité de la mort est en rapport avec celle de l'épanchement, et que toutes les blessures du cœur, alors même qu'elles atteignent le ventricule gauche, ne sont point immédiatement mortelles. Qui sait même si ce blessé, traité convenablement, n'eût pu survivre à sa blessure? Nous ne terminerons pas cette observation sans rendre des actions de grâces à l'un des maréchaux qui, depuis 1830, ont occupé le ministère de la guerre, pour les sages mesures qu'il a prescrites relativement aux militaires rentrant ivres à la caserne. Combien de malheureux, depuis lors, ont été enlevés à la prison et aux conseils de guerre!

celle que l'on doit à M. Ferrus. Un point de ressemblance, au contraire, se trouve dans l'épaississement dont le péricarde était le siége.

Personne, du reste, n'ignore qu'après l'hémorrhagie, ce que le praticien a le plus à redouter, à la suite des plaies du cœur, c'est l'inflammation du péricarde avec exsudation membraniforme suivie d'adhérence avec le cœur; de là le succès des émissions sanguines générales et locales dans ces affections. Sous ce rapport, peut-être serait-il prudent de ne pas recourir trop tôt, dans la vue de calmer et de diminuer l'excès d'innervation du cœur, à l'usage de la digitale pourprée, à cause de l'excitation qu'elle détermine. L'action de cette substance, mise en doute pendant si longtemps, bien que signalée par Saviard, Fontanil et Durande, paraît aujourd'hui très constatée; il importe seulement, d'après MM. Broussais, Bouillaud et les médecins les plus habiles, de n'y recourir qu'à la suite de l'emploi des émissions sanguines, si l'on veut qu'elle ne soit pas nuisible ou du moins inefficace. Un autre moyen, également recommandé par Durande comme très propre à favoriser la guérison, est l'action du froid. Aussi M. Sanson nous paraît-il avoir raison d'en préconiser l'emploi, et pensons-nous que, dans les plaies du cœur, il importe de tenir le blessé dans une atmosphère aussi

froide que possible. Il est vrai que ce moyen n'avait pas été mis en usage dans le cas que nous avons observé et que l'individu, cependant, n'en avait pas moins surmonté presque miraculeusement les orages qui ont succédé immédiatement à une blessure aussi grave; mais c'est précisement parce que ces blessures sont de la dernière gravité qu'on ne saurait recourir à trop d'agens capables de s'opposer au désordre.

§ II. *Plaies des artères.*

TRENTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Coup de sabre à l'avant-bras. — Division de l'artère cubitale. — Anévrisme traumatique. — Ligature de la cubitale au tiers-moyen. — Guérison.

L***, artilleur au 2e régiment d'artillerie à pied, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 3 juin 1828, à deux heures de l'après-midi. Il venait de recevoir un coup de sabre, qui avait divisé, à cinq travers de doigt environ de l'articulation radio-carpienne et du côté du bord cubital, l'artère de ce nom.

Une hémorrhagie assez considérable, résultat immédiat de la blessure, avait été arrêtée par un étudiant en médecine qui, passant sur le glacis, avait été appelé pour porter secours. Un mou-

choir, lié circulairement et avec force au dessus du vaisseau divisé, formait l'appareil improvisé par notre jeune confrère.

La plaie n'a qu'un pouce environ d'étendue. Après l'avoir débarrassée des caillots sanguins qui la recouvrent en partie, il est facile de reconnaître qu'elle a été faite par un instrument bien affilé, car la section des chairs est nette; il en suinte un peu de sang rouge; et, au moment où on enlève la compression exercée par le mouchoir dont nous avons parlé, un jet de sang artériel, assez volumineux, s'en échappe et vient nous frapper au visage.

Ne pouvant plus conserver de doute sur la lésion de l'artère cubitale, notre premier soin fut de recourir à la compression immédiate, exercée avec la charpie et des compressions graduées, et nous fûmes assez heureux pour nous rendre maître de l'écoulement. Le chirurgien en chef, M. Béclard, vit le malade à quatre heures; l'appareil n'était alors que faiblement humecté par le sang, il prescrivit une saignée de douze onces et la continuation de la compression.

A dix heures du soir, il revit le blessé qui avait un peu de fièvre, et était très agité; cependant le vaisseau ne donnait que faiblement, car l'appareil n'était que légèrement mouillé.

A minuit et demi, L*** sentit tout à coup

le sang ruisseler de l'appareil et appela à son secours l'infirmier de garde; prévenu de cet accident, nous accourûmes et comprimâmes aussitôt l'artère sous-clavière, à son passage sur la première côte; pendant ce temps, on alla chercher M. Béclard, qui ne vit d'abord d'autre salut que dans la ligature de la brachiale au dessus du coude, mais qui, au moment où l'on apprêtait l'appareil, changea d'avis et proposa la ligature de l'artère cubitale, à la partie moyenne de l'avant-bras. Cette opération ayant été décidée, et M. Béclard nous ayant proposé de l'exécuter, nous y procédâmes immédiatement sous l'égide de ce chirurgien, dont la mémoire nous sera toujours chère. L'artère, découverte entre le muscle cubital antérieur et le fléchisseur superficiel, fut assez promptement mise à nu; mais la difficulté de l'isoler des parties auxquelles elle était unie prolongea un peu l'opération, que le blessé supporta d'ailleurs sans proférer un seul cri.

On cessa la compression de l'artère sous-clavière, et l'hémorrhagie ne reparut plus. Le pansement fut simple : on se contenta d'appliquer des réfrigérans sur la partie correspondant à la plaie et l'on maintint constamment à une basse température les compresses qui y étaient placées; on exerça, en même temps, une compression légère sur l'extrémité inférieure.

Aucun incident sérieux ne suivit cette opération; l'appareil fut levé le quatrième jour, et la plaie parut en bon état; la ligature se détacha le quinzième jour, et le blessé, après avoir éprouvé une irritation gastro-hépatique assez vive, sortit de l'hôpital, le 4 juillet, parfaitement guéri.

TRENTE-QUATRIÈME OBSERVATION.

Coup de sabre près de l'articulation radio-carpienne droite, avec lésion de l'artère radiale; compression suivie de succès.

G***, du 42e de ligne, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 16 février 1836, à trois heures de l'après-midi.

Ce militaire, quoiqu'à demi ivre, raconta que, s'étant pris de querelle avec un voltigeur d'un autre régiment, ils étaient allés sur le terrain, et qu'il avait reçu un léger coup de manchette près du poignet. Il portait, en effet, à un pouce et demi environ de l'articulation radio-carpienne et du côté radical de la partie antérieure de l'avant-bras, une plaie en travers, large d'un demi-pouce environ et qui, bien que superficielle, n'en avait pas moins, selon toute apparence, divisé l'artère radiale. Non seulement, au dire des témoins, une hémorrhagie assez considérable et par jet

avait suivi immédiatement la blessure, mais encore la direction de la plaie semblait ne laisser aucun doute à cet égard. Quoi qu'il en soit, l'hémorrhagie ayant cessé complètement lors de son entrée à l'hôpital, et un bandage ayant été appliqué par le chirurgien de garde, on se contenta de continuer l'appareil compressif placé sur l'extrémité supérieure du vaisseau, à une distance assez rapprochée de la plaie.

Le blessé fut mis à la diète, et le repos absolu du membre fut prescrit.

L'hémorrhagie ne reparut pas le lendemain; aucun suintement n'avait eu lieu à travers les bandelettes.

Le 18, le blessé dérange l'appareil compressif pendant la matinée, et, vers dix heures, les compresses sont pénétrées dé sang. Le chirurgien de garde fait appeler le chirurgien en chef, qui lève aussitôt l'appareil, et exerce de nouveau une compression méthodique. A l'instant même, l'écoulement du sang s'arrête, et la plaie, débarrassée des caillots sanguins, est réunie de nouveau.

On recommande, d'ailleurs, au malade de s'observer davantage, car, s'il n'y prend garde, on sera, lui dit-on, obligé de recourir à la ligature de la radiale et peut-être même à celle de la brachiale. La journée se passe sans accident, et

depuis cette époque jusqu'au 13, époque de la guérison, il n'en est survenu aucun. Le blessé sort, le 14 mars 1836, parfaitement guéri.

Le succès de la compression latérale, dans ce cas comme dans la plupart de ceux que l'on a publiés, est dû presque exclusivement à la disposition anatomique, c'est à dire à la situation du vaisseau sur des parties dures. On conçoit, en effet, qu'il en doit être ainsi pour l'artère radiale, auprès de l'articulation du poignet, de même que pour les artères occipitales, auriculaires postérieures et surtout temporales, dont la facilité de la compression a fait préconiser l'ouverture dans l'inflammation de l'encéphale. Cependant, malgré la possibilité d'effacer, pour ainsi dire, le vaisseau en totalité, on est obligé de recourir quelquefois à la ligature, afin de s'opposer à l'hémorrhagie. M. L.-P. Bérard a vu la compression manquer son effet chez deux malades; bien plus, un d'eux, ancien condisciple de collége, faillit périr d'hémorrhagie, parce que la personne chargée de comprimer avec le doigt s'était endormie. Il suffit, pour qu'un semblable accident arrive, que le caillot ne soit pas assez solide pour résister à l'effort du sang. Il reste démontré, en effet, malgré tout ce qu'on a pu écrire contre son efficacité absolue, que ce caillot joue un rôle important dans ces cas. Sans doute,

Petit lui avait attribué une importance trop grande, et Morand a rendu un service signalé à la science en démontrant l'influence du froncement résultant de la contraction et du resserrement des fibres circulaires du vaisseau; mais, à coup sûr, Pouteau et surtout Kirkland et White avaient mal observé, en niant les faits rapportés par ces deux illustres académiciens. Grâces aux expériences de Jones et de Béclard, on sait aujourd'hui à quoi s'en tenir sur la valeur relative de chacun des moyens dont la nature se sert pour arrêter les hémorrhagies artérielles. Le sang, les parois des vaisseaux, leur gaîne, le tissu cellulaire ambiant, l'affaiblissement de la circulation et la sécrétion de la matière organisable, toutes ces causes ont été analysées et réduites, expérimentalement, à leur juste valeur; aussi ces chirurgiens, si célèbres d'ailleurs, n'eussent-ils eu d'autre mérite que d'avoir fait cesser nos doutes et nos incertitudes à cet égard, qu'ils n'en auraient pas moins de justes droits à notre estime et à notre reconnaissance.

Quoi qu'il en soit, et pour en revenir à l'appréciation de la compression comme moyen hémostatique, on ne doit pas hésiter, malgré le succès qui a couronné son emploi dans l'observation précédente, à en réserver l'usage pour les cas

dont nous avons fait mention. En toute autre circonstance, il est bien plus sage, bien plus rationnel de recourir immédiatement à la ligature, seul moyen vraiment efficace d'arrêter les hémorrhagies et de ne compromettre ni la vie des blessés, ni les intérêts et l'honneur de l'art.

A tous autres moins qu'aux chirurgiens militaires, il n'est permis d'oublier ces paroles mémorables de Morand, insérées dans les Mémoires de l'Académie royale de chirurgie : « Si l'on » comptait ceux qui perdent la vie dans une » bataille, on verrait que les trois quarts ont péri » par quelque hémorrhagie; et, dans les grandes » opérations de chirurgie, cet accident est pres- » que toujours le plus considérable. »

Or, que faut-il pour remédier à cette cause de mort si puissante? du sang-froid et des connaissances anatomiques précises. S'agit-il d'une opération chirurgicale, comprimez avec les doigts jusqu'à ce que vous puissiez lier ou tordre; comprimez encore le vaisseau avec l'indicateur ou le pouce, dans le cas où le tourniquet serait dérangé, ou bien que l'aide, chargé de soutenir le moignon dans le cas d'amputation, comprime latéralement entre les mains le vaisseau divisé et qui donne du sang. Est-il situé dans les parois d'une cavité, comme la labiale aux lèvres, l'épigastrique à l'abdomen; comprimez entre le pouce

et l'indicateur la paroi qui renferme l'artère lésée. Enfin, le sang s'échappe-t-il d'une plaie étroite et profonde, la compression alors doit être exercée entre la plaie et le cœur, et c'est là surtout qu'il importe de se rappeler les lieux d'élection, c'est à dire les endroits où cette compression peut être exercée avec le plus d'efficacité. Mais tous ces procédés ne sont que temporaires, et la ligature seule peut définitivement remédier avec sûreté à l'accident, du moins dans la plupart des cas.

TRENTE-CINQUIÈME OBSERVATION.

Anévrisme traumatique; ligature de la carotide primitive. — Guérison.

B***, musicien au 3e d'artillerie du département du Jura, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament sanguin, d'une taille athlétique, reçut, en se battant en duel, le 2 février 1835, un coup de sabre à la partie antérieure, moyenne et latérale du cou. Une hémorrhagie abondante se déclara presque aussitôt; mais le froid et une compression directe en triomphèrent, du moins pendant quelques instans. Conduit ensuite à l'hôpital, il y arriva vers dix heures du matin, et, à son entrée, il présentait les symptômes suivans :

Il existe, à la région indiquée, une plaie large

de deux travers de doigt environ, étendue transversalement, du côté droit, à la hauteur de la saillie du cartilage thyroïde, entre le larynx et le bord antérieur et interne du sterno-cléido-mastoïdien. La partie correspondante du cou est énormément tuméfiée et renferme un caillot volumineux, formé par du sang épanché dans le tissu cellulaire subjacent à la plaie, dont il écarte les lèvres.

Arrivé près du blessé, le chirurgien en chef s'empressa d'enlever le caillot : aussitôt un jet de sang, d'un volume considérable, s'élance du fond de la plaie. Le doigt y est porté incontinent et arrive sans aucun obstacle sur la colonne vertébrale et la carotide. Ne pouvant plus alors douter de la lésion de cette artère, ou au moins de l'une des branches les plus importantes auxquelles elle donne naissance, on résolut de recourir immédiatement à la ligature de la carotide primitive.

Les élèves présens à l'hôpital furent aussitôt convoqués, l'appareil convenable préparé; et pendant qu'un aide, ayant le doigt indicateur plongé dans la plaie, s'opposait à l'effusion du sang, M. Bégin pratiqua une incision de deux pouces et demi environ, partant de la partie moyenne de la lèvre inférieure de la plaie, et se prolongeant, le long du bord antérieur du mus-

cle sterno-cléido-mastoïdien jusque près de l'articulation sterno-claviculaire. Après avoir pénétré avec précaution dans le sillon occupé par les vaisseaux et les nerfs, l'artère fut sentie, reconnue, isolée avec soin, et une sonde cannelée, glissée au dessous d'elle, servit de guide au stylet aiguillé armé de la ligature. Le chirurgien s'assura encore, et fit reconnaître aux assistans que l'artère était bien saisie, qu'elle l'était seule, et que sa compression arrêtait l'hémorrhagie. Après ces essais, la ligature fut serrée définitivement, un de ses chefs coupé, et l'autre amené entre les lèvres de la plaie.

Le blessé ne ressentit aucune douleur au moment où l'on serra le lien, ce qui acheva de donner l'assurance qu'aucun filet nerveux n'avait été compris dans l'anse. L'opération terminée, le pansement eut lieu et fut des plus simples : il se composa d'un linge fenêtré, d'un peu de charpie, puis d'une compresse imbibée d'eau à la glace et qui devait être renouvelée de temps à autre; il ne survint d'ailleurs ni trouble de l'intelligence, ni diminution aucune des facultés intellectuelles. Malgré la perte de sang qui avait eu lieu précédemment, une saignée de seize onces fut pratiquée. Deux autres blessures, mais qui n'intéressaient que les tégumens du bas-ventre, furent réunies par première intention.

A cinq heures du soir, le pouls est fébrile (quatre-vingt-quatre); du reste, nul autre phénomène morbide. — *A dix heures du soir*, la réaction continue, pouls à quatre-vingt-huit; douleur et sentiment de gêne à la gorge, peu de soif. — *A minuit*, le pouls est moins fréquent (quatre-vingt-deux); peau légèrement halitueuse; l'opéré est d'ailleurs très calme.

Le 3 février, le calme a continué pendant le reste de la nuit; pouls à soixante-dix-huit; peau naturelle, langue humide, persistance de la douleur à la gorge et de la gêne de la déglutition. Boissons adoucissantes; mêmes applications locales. — *Cinq et dix heures du soir*, pouls à quatre-vingt-deux; calme parfait.

Le 4, la nuit a été assez bonne, cependant le pouls est plus fréquent que la veille (quatre-vingt-dix), plus plein; la douleur à la gorge continue; constipation; trois jours sans selles; saignée de huit onces; boissons adoucissantes, lavement émollient. — *A cinq heures du soir*, pouls à quatre-vingt-dix; peau chaude et sèche, un peu de soif et de sécheresse à la langue; le sujet est moins calme. — *A dix heures du soir*, la réaction devient générale, pouls à quatre-vingt-seize; soif vive, peau très chaude; agitation et inquiétude du malade. — *A minuit*, diminution de tous les symptômes : pouls à quatre-vingt-six;

peau légèrement halitueuse, plus de soif, langue humide; cependant B*** est toujours inquiet.

Le 5, après une nuit assez calme, durant laquelle le sujet a dormi trois heures, le pouls est à quatre-vingts; plus de soif, persistance du mal de gorge et de la constipation. Deux pommes cuites et lavement huileux.

Le 6, la nuit a été bonne; cinq heures de sommeil; pouls à soixante-dix-huit; encore un peu de mal à la gorge; on lève l'appareil; les bords de la plaie sont un peu plus rapprochés; pansement simple. Pommes cuites, boissons adoucissantes, lavement émollient.

Le 7, nuit bonne; pouls à soixante-seize; plus de mal de gorge, constipation opiniâtre. Le malade n'a pas été à la selle depuis la veille de son accident; il manifeste toujours les mêmes craintes sur l'issue de l'opération. Même prescription, deux lavemens huileux.

Le 8 et le 9, le sommeil a été troublé par des rêves; du reste, l'état du malade, qui a eu une selle copieuse, est des plus satisfaisans. L'appareil est levé de nouveau; la plaie a un bon aspect, la suppuration est louable. Pommes cuites, boissons adoucissantes.

Le 10, le mieux-être persiste; nouveau pansement; plaie en bon état. Le sang infiltré sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien s'écoule par la

plaie sous forme de sanie sanguinolente, et le cou tend à reprendre son volume normal. Soupe, bouillie, pommes cuites.

Le 12, la plaie continue à présenter un bon aspect; en pressant les muscles de la partie postérieure et supérieure du cou, la sanie sanguinolente qui s'en écoule devient plus abondante; le malade est toujours inquiet. Quart le matin, côtelette et pommes cuites ; le soir, soupe, vermicelle et pruneaux.

Le 14, diarrhée depuis la veille au soir; B*** a été, depuis lors, huit fois à la garde-robe; du reste, il est sas fièvre; mais ses craintes ont augmenté. Pansement; la ligature tombe avec les pièces d'appareil. Diète, eau de riz gommée, potion gommeuse opiacée, lavement opiacé; la plaie est vermeille.

Le 15, la diarrhée continue; du reste, même état, même prescription.

Le 16, la diarrhée a cessé, le malade est très bien; ses craintes commencent à se dissiper. Crème de riz au gras et pommes cuites.

Le 17, la diarrhée a reparu; le malade a été quatre fois à la garde-robe, dans la nuit. Un peu de rougeur érysipélateuse existe autour de la plaie. Diète, eau de riz gommée, potion et lavement opiacés.

Le 19, la diarrhée a cessé; la suppuration est

de bonne nature, malgré la rougeur érysipélateuse; un petit abcès apparaît sous le menton : il est prêt à s'ouvrir. Eau de riz gommée, potion gomme us e

Le 20, le malade est bien; plus de dévoiement; l'abcès du menton s'est ouvert, la rougeur érysipélateuse est moindre. Crème de riz et pommes cuites; eau de riz gommée.

Le 21, retour de la diarrhée, un peu d'anorexie; pourtant langue humide. La cicatrisation fait des progrès. Diète; eau de riz gommée, potion gommeuse, lavement opiacé.

Le 22da rrhée moins intense; le malade a été quatre fois à la garde-robe; la plaie se cicatrise chaque jour davantage. Eau de riz gommée, potion gommeuse.

Le 23, le malade n'a été que trois fois; il a de l'appétit. Eau de riz gommée, potion gommeuse.

Le 24, état satisfaisant, plus de diarrhée; la plaie va de mieux en mieux. Crème de riz, pommes cuites.

Le 25, l'amélioration continue; le malade dit qu'il voudrait sortir de l'hôpital, dont le séjour pourrait lui devenir préjudiciable. L'appétit est très prononcé. Soupe, crème de riz et riz au gras.

Le 27, état stationnaire de la plaie; B*** est

très impatient de sortir de l'hôpital : quart, côtelette et pruneaux, matin et soir.

Le 28, même état, même prescription. Nouvelles instances pour sortir de l'hôpital : quart, côtelette et omelette, matin et soir.

Le 29, état des plus satisfaisans. La plaie, réduite aux plus petites dimensions, reste cependant stationnaire, et on se décide à laisser sortir le malade, en lui recommandant de venir se faire panser tous les deux jours.

Il est fidèle à cette promesse, et trois semaines après la cicatrisation est complète.

Cet homme, alors atteint de nostalgie, fut envoyé en convalescence dans son pays. Trois mois après, il reparut à l'hôpital pour s'y faire traiter d'une affection syphilitique ancienne. La plaie du cou était parfaitement consolidée; toutes les parties avaient repris leur état normal, mais, chose fort remarquable! les pulsations n'avaient pas reparu dans l'artère temporale droite. B*** n'éprouvait d'ailleurs, dans cette région, ni engourdissement ni diminution de la sensibilité; ce fait, que tous les élèves ont pu constater, nous a paru inexplicable.

La doctrine assez généralement professée de nos jours, sur la nécessité de recourir, dans les hémorrhagies artérielles, à la ligature de l'extrémité supérieure et inférieure du vaisseau,

n'est point tellement absolue qu'on ne puisse, en ayant recours à une autre méthode, parvenir à arrêter l'écoulement du sang et sauver la vie du blessé. Ce n'est pas que nous pensions qu'il faille, dans tous les cas, imiter la conduite tenue dans l'exemple que nous venons de rapporter, et préférer *constamment* la méthode renouvelée par Guthrie à celle d'Anel, plus généralement, quoiqu'à tort, connue sous le nom de méthode de Hunter. Toutefois, nous croyons qu'il importe de multiplier les observations de ce genre, afin de démontrer aux praticiens timides ou peu instruits qu'on peut, sans commettre une hérésie, recommander un pareil procédé.

En vain prétendrait-on, avec les partisans de la doctrine anglaise, que, par suite des anastomoses, on ne tardera pas à voir le sang s'échapper par les extrémités artérielles opposées au cœur ; mais, outre qu'un certain temps devra nécessairement s'écouler jusqu'au développement des collatérales, temps plus que suffisant pour l'oblitération du vaisseau divisé, on ne fait pas attention que cette crainte, fondée peut-être pour les artères des mains et des pieds, devient à peu près chimérique, alors qu'il s'agit de parties moins riches en communications vasculaires. La preuve, d'ailleurs, ne s'en trouve-t-elle pas dans l'observation précédente, et dans celle de la ligature

de la cubitale, que nous avons rapportée? A coup sûr, personne ne niera que les artères carotides n'aient, avec les artères de la face et celles situées au dedans et au dehors du crâne, des communications très nombreuses; le succès pourtant a, comme dans l'observation de M. Larrey, couronné l'entreprise. Encore, ceux qui ont lu l'ouvrage si remarquable de cet illustre chirurgien doivent-ils se rappeler que le sujet dont il parle présentait une anomalie singulière. Une artère aussi volumineuse que la carotide, située derrière le muscle sterno-cléido-mastoïdien, du côté de la blessure, montait parallèlement jusqu'à l'artère temporale avec laquelle elle semblait se continuer. Tous ces faits ne démontrent-ils pas que la méthode d'Anel suffit généralement pour le traitement des anévrismes faux primitifs ou secondaires?

Outre qu'en plaçant une ligature sur l'extrémité inférieure et supérieure du vaisseau on risque de ne point rencontrer l'artère saine, conçoit-on de quelle difficulté doit être entourée l'opération, quand il s'agit de découvrir un tronc lésé au milieu de parties plus ou moins infiltrées de sang et de tissus plus ou moins altérés. Croirait-on, par exemple, que le défenseur le plus ardent de cette méthode a été obligé, pour pratiquer la ligature de l'artère péronière, blessée par un coup de feu, de faire une incision,

longue de sept pouces, à travers les muscles du mollet ; puis ne pouvant, malgré l'étendue de cette incision, découvrir le vaisseau, s'est vu réduit à inciser la lèvre externe de cette énorme plaie et à passer presqu'au hasard, avec une aiguille, deux ligatures au dessus et au dessous du lieu d'où le sang sortait, et cela sans voir l'artère ?

Qui peut songer sans frémir à l'opération à laquelle Deschamps fut obligé d'avoir recours ?

Qui ne se rappelle qu'un chirurgien, dont parle J. Bell, a été obligé de retrancher deux pouces du péroné, pour découvrir et lier l'artère tibiale postérieure ?

Loin donc de considérer, à l'exemple de quelques chirurgiens de notre pays, séduits sans doute par de vieilles nouveautés, la méthode d'Anel comme un pis-aller, nous croyons avec Dupuytren qu'elle doit être généralement préférée à l'ancienne méthode, qui ne constitue ainsi qu'une ressource exceptionnelle et ne doit avoir que de très rares applications. L'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu voulait, par exemple, que, au pied et à la main, les artères blessées fussent mises à découvert, et liées à leurs deux bouts dans la plaie même, à raison des anastomoses multipliées des collatérales de ces régions. Tout en partageant ce sentiment, nous pensons encore

qu'en certains cas de blessures de la paume de la main, il y aurait plus d'avantage à lier même les deux artères radiale et cubitale qu'à produire de très grands désordres dans une partie aussi importante. Quant aux artères de l'avant-bras lui-même, on a vu, par une des observations précédentes, que la solution de la question ne peut être douteuse.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de faire remarquer le beau succès qui a couronné, cette fois encore, la ligature de la carotide primitive. C'est une guérison de plus à ajouter à celles rapportées par Dietrich, qui a fait l'énumération de tous les cas où cette opération a été pratiquée jusqu'en 1831.

§ III. *Lésions des veines.*

TRENTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Varices volumineuses aux jambes, traitées sans succès par la ligature.

V***, soldat au 42e de ligne, d'un tempérament bilieux, d'une forte constitution, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 26 octobre 1835.

Il était atteint de varices considérables aux deux jambes, mais qui étaient plus volumineuses

à la jambe droite. A en croire ce militaire, il semblait déjà dans son enfance prédisposé à cette affection; car il se rappelle, dit-il, qu'on lui serrait la jambe gauche pour diminuer son volume. Entré néanmoins, à l'âge de la conscription, dans le 2e de carabiniers, l'exercice du cheval ne tarda pas à augmenter la dilatation commençante des vaisseaux, et bientôt des varices apparurent, puis augmentèrent à la suite d'un coup de pied de cheval qu'il reçut au flanc gauche, et qui eut pour autre résultat la formation d'une hernie crurale peu apparente.

V*** demande alors à passer dans l'infanterie; mais cette demande ne lui ayant pas été accordée immédiatement, les veines ne tardèrent pas à s'agglomérer et à donner naissance à des tumeurs qui nécessitèrent son renvoi dans le 42e de ligne. A peine fut-il arrivé dans le régiment, que le chirurgien-major du corps, M. le docteur Vallette, chirurgien distingué, le présenta à M. Bégin et lui demanda s'il ne le croyait pas dans le cas de la réforme. Le chirurgien en chef ayant résolu, avant d'en venir à cette extrémité, de tenter la guérison, V*** entra à l'hôpital, où il présenta les symptômes suivans :

Il existe, au tiers inférieur de la jambe droite et à la partie externe de ce membre, des tumeurs variqueuses considérables, qui remontent jus-

qu'au delà du tiers supérieur : ces tumeurs, d'ailleurs, ne sont nullement douloureuses dans l'état de repos; mais la fatigue y fait naître un sentiment pénible.

L'opération fut faite le 23 octobre, c'est à dire le surlendemain de l'arrivée du malade; il y fut procédé de la manière suivante : la ligature de la saphène ayant été décidée, le malade fut placé dans une position verticale et appuyé sur la jambe malade afin de rendre les vaisseaux plus saillants; puis, la veine s'étant développée, on la souleva pour l'isoler des parties avoisinantes, et l'on passa au dessous d'elle une forte épingle, dont les deux extrémités furent embrassées, comme dans la suture entortillée, par une anse de fil, avec laquelle on exerça une compression assez forte. Cette ligature fut faite au quart supérieur de la face postérieure et interne de la jambe, à un pouce environ du sommet de la tumeur qu'il s'agissait d'oblitérer. L'opération fut peu douloureuse; un bandage approprié et simple recouvrit et maintint l'appareil; le malade mange le quart et la bouillie.

Le 25, un peu de rougeur se manifeste autour de la ligature; mais la tumeur conservant le même volume et la même perméabilité, on se décide à placer une seconde épingle à la partie inférieure de la tumeur, afin d'interrompre plus sûrement

le cours du sang dans l'intervalle des deux points de constriction.

Le 30, cinq jours après, la tumeur n'a diminué en aucune manière, et une inflammation assez vive existe autour de la ligature supérieure. Bouillon maigre, applications émollientes. Cette inflammation persiste les jours suivans et tend à gagner en étendue : cependant la partie est peu douloureuse. Les fils avaient été resserrés plusieurs fois; le vaisseau semblait divisé, et sept jours après son introduction, on se détermine à enlever l'épingle supérieure. Il sort immédiatement un peu de sang noir de l'extrémité inférieure du vaisseau, preuve de la section et de la non-oblitération de la varice. Les tégumens recouverts par le fil sont frappés de mort et convertis en une escarre qui se détache graduellement. L'inflammation de la plaie est combattue à l'aide de topiques émolliens.

Le 3 novembre, l'épingle inférieure est, à son tour, enlevée sans avoir déterminé de vive irritation; les parties comprimées sont également réduites en escarres, et le malade se plaint de ressentir, à l'endroit où était placée cette épingle, une douleur assez vive qui se propage dans le paquet variqueux; du reste, l'état général est satisfaisant. Cataplasme recouvrant toute la jambe; boissons adoucissantes.

Le 7, l'escarre formée par l'épingle inférieure commence à se détacher et son pourtour est d'un rouge vif; la tumeur semble moins volumineuse. Cataplasme sur la plaie inférieure. Le travail de la cicatrisation se poursuit lentement. Lorsque le malade s'appuie sur la jambe variqueuse, il semble que le paquet soit moins considérable; toutefois, en examinant avec soin la tumeur, on s'aperçoit qu'une branche veineuse, faible à la vérité, qui n'avait pu être distinguée auparavant, communique avec elle dans l'intervalle qui la sépare de l'épingle inférieure. On recourt alors, dans le but de s'opposer à cette cause de persistance du mal, à l'application d'une nouvelle épingle. Du reste, la varice semble vouloir s'oblitérer à sa partie supérieure, et c'est surtout de ce côté que son volume paraît avoir diminué. Cette amélioration, toute légère qu'elle était, ne persista cependant pas; l'épingle nouvellement placée fut enlevée à son tour, les plaies se cicatrisèrent, et le malade, après avoir été retenu par une éruption cutanée très considérable et tenace, sortit enfin le 28 décembre 1835, dans le même état à peu près que celui où il était lors de son entrée.

Le principe chirurgical, qui veut qu'*on ne pratique des opérations susceptibles de compromettre la vie de l'homme que lorsque les maladies*

sont graves et dangereuses, suffit, sans doute, pour justifier la méthode palliative à laquelle s'abandonnent le plus grand nombre des praticiens en ce qui touche la thérapeutique des varices. On sait d'ailleurs le mot de ce consul romain qui, au dire de Plutarque, refusa de présenter sa seconde jambe en disant que le remède était pire que le mal; aussi, loin de blâmer les chirurgiens qui préfèrent laisser vivre le malade avec des varices qui ne présentent aucun danger, plutôt que de les exposer aux chances de l'opération, sommes-nous plutôt disposé à partager leur sentiment, pourvu, bien entendu, que cette juste réserve ne dégénère point en pusillanimité. On ne peut s'empêcher d'ailleurs de reconnaître que, parmi les procédés auxquels, de nos jours, l'art a recours, il en est qui paraissent n'exposer à aucun accident et qui offrent un degré satisfaisant de sécurité.

Tel est le procédé de la ligature, soit simple, soit faite sur un corps étranger, suivant le conseil de MM. Velpeau, Franck et quelques autres, et comme la pratique M. Bégin; nous rapportons cet exemple d'insuccès d'abord pour rester fidèle à notre engagement de tout dire, et ensuite parce qu'il est intéressant de rechercher quelles causes peuvent faire échouer la ligature, et de démontrer que ce moyen, tout rationnel

qu'il est, ne guérit pas cependant aussi constamment et aussi sûrement qu'on a voulu l'établir.

La ligature ne guérit les varices qu'en y arrêtant le cours du sang, en forçant ce liquide à s'y concréter, à les oblitérer solidement et à les livrer ainsi à la puissance absorbante. Une seule ligature, pratiquée au dessus de la varice, suffit parfois pour faire obtenir ce résultat, si une veine unique s'élève de la tumeur; s'il en existe plusieurs, un nombre proportionné d'épingles devient indispensable. Mais, chez quelques sujets, ces oblitérations supérieures restent insuffisantes, et d'autres ligatures doivent être placées au dessous de la varice, afin d'empêcher le sang d'y arriver; et encore, malgré cette complication d'opération, échoue-t-on encore dans quelques cas? Les veines superficielles communiquent, en effet, avec les parties profondes par de nombreuses ramifications qui en partent ou qui s'y rendent; or, après la ligature supérieure, le sang arrivé d'en bas peut s'échapper par cette voie impossible à atteindre, et la circulation continuer dans le paquet variqueux. Après la ligature inférieure, ces mêmes communications peuvent être tellement disposées qu'elles produisent le même résultat, et le procédé échoue. Enfin, il se peut que la veine communique avec d'autres veines superficielles non dilatées, assez petites pour

n'être pas aperçues, et cependant suffisantes pour y entretenir la circulation après la ligature des branches efférentes et afférentes principales. Ce sont ces circonstances qui doivent rendre le chirurgien circonspect dans les promesses de guérison qu'il peut fonder sûr la ligature des varices.

Quant au procédé suivi, il est aussi simple que possible, et semble devoir mettre à l'abri de la phlébite.

Dans le cas qui nous occupe, malgré la rougeur survenue autour des ligatures, aucun phénomène d'inflammation veineuse ne s'est manifesté. Nous n'ignorons pas qu'Ev. Home et Béclard ont guéri par la ligature simple; que Smith, Travers et autres ont répété, quoique avec moins de succès, la même opération; que des succès ont suivi la section et la résection des veines, et même leur excision; mais, du moment où le choix doit, à mérite égal de curation, se porter principalement sur le procédé qui fait courir le moins de chances au malade, il ne saurait, ce nous semble, y avoir de doute sur celui qu'il convient de préférer. D'autres, l'excision par exemple, peuvent être plus sûrs, mais ils sont plus dangereux, et si l'insuffisance des bas lacés est, dans quelques cas, bien constatée, si quelques sujets ont péri par suite de la rupture spon-

tanée des varices, il n'est pas moins incontestable que, si l'on comparait à ces cas rares de mort accidentelle ceux où les sujets ont succombé aux opérations entreprises dans le but de les guérir radicalement, à coup sûr le nombre de ces derniers surpasserait de beaucoup celui des autres. Raison de plus, ce nous semble, pour justifier, malgré l'insuccès possible, la préférence que nous accordons au procédé qui a été suivi en cette circonstance.

§ IV. *Phlébite et résorption purulente.*

L'inflammation des veines, dont les médecins de notre époque se sont tant occupés, et à laquelle on a fait jouer un si grand rôle dans l'histoire de la résorption purulente, ne s'est jamais offerte à nous avec le caractère de gravité qu'elle acquiert dans certaines circonstances, et alors que la maladie a atteint la troisième période décrite par la plupart des auteurs qui en ont parlé.

Dans presque tous les cas que nous avons observés, et ceux-ci sont au nombre de onze, la phlegmasie avait succédé à la phlébotomie.

En effet, sur onze cas, la saignée avait déterminé *neuf fois* la maladie; deux fois la phlegmasie était survenue à la suite d'une fracture comminutive.

Dans aucun cas, les phénomènes de la résorption purulente ne se sont manifestés; bien plus, à l'exception d'un seul exemple, tous les autres ont guéri promptement et sans difformité. Nous dirons ailleurs, et en parlant des fractures, que cette affection, bien que très intense, mais combattue convenablement, n'a pas empêché le malade de guérir. Nous tenons seulement à constater ici que, sur neuf cas de phlébites graves survenues à la suite de la saignée, nous n'avons eu qu'un seul cas de guérison incomplète; encore cela tint-il plus aux mouvemens continuels auxquels se livrait le malade qu'au mauvais état des parties. Quoi qu'il en soit, chez ce dernier, l'avant-bras resta à demi-fléchi sur le bras. Il est probable cependant que des soins bien entendus finiront par ramener le membre à sa position naturelle, et permettront à l'extrémité supérieure de reprendre le libre exercice de tous ses mouvemens.

Quant au traitement, il a constamment été le même : aussitôt que le malade se plaignait de ressentir de la douleur à l'endroit où avait été pratiquée la saignée, ou bien encore aussitôt qu'apparaissait le cordon veineux qui signale, pour ainsi dire, le début de la maladie, des sangsues étaient appliquées en grand nombre, parallèlement à la direction du vaisseau, puis la partie

était recouverte de cataplasmes ou de fomentations émollientes. Survenait-il des abcès dans le voisinage? presque toujours d'un petit volume, et superficielles, ces collections purulentes étaient ouvertes, et, grâce à un régime sévère et à des soins bien entendus, la maladie ne tardait pas à s'amender, et le malade à guérir.

Sur deux des individus atteints de phlébite, cette affection s'est développée, bien que la réunion de la veine eût été, pour ainsi dire, immédiate et qu'aucune cause traumatique ne fût survenue pour rendre compte de son apparition. Le quatrième jour, ces deux malades éprouvèrent, vers la partie du vaisseau située au dessous de la section, une douleur qui se propageait le long de l'avant-bras jusqu'à sa partie inférieure, et augmentait singulièrement par la pression; une ligne rougeâtre dessinait exactement le trajet de la veine malade.

Des sangsues, des cataplasmes et des bains locaux firent, dans les deux cas, disparaître la maladie dans l'espace de cinq jours; mais il resta chez l'un d'eux, et pendant assez longtemps, un engorgement œdémateux du membre tout à fait indolent, et qu'une compression méthodique, aidée de topiques résolutifs, finit par dissiper.

La bénignité de ces affections nous a empêché de vérifier les faits avancés touchant la résorption

purulente. Pour un certain nombre de praticiens, cette maladie dangereuse a sa source dans l'inflammation des veines qui avoisinent les foyers de suppuration ; bien plus, M. le professeur Cruveilhier, dans son beau traité d'*Anatomie pathologique* et dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, a cru devoir lui donner le nom de phlébite capillaire ; c'est, en effet, sous ce titre qu'il l'a décrite dans ce dernier ouvrage. D'un autre côté, personne n'ignore que M. le professeur Velpeau s'est prononcé en faveur d'une autre théorie, et que, pour le chirurgien de la Charité, la résorption purulente, loin d'être déterminée par la phlébite, est due à l'absorption du pus en nature par les veines et à son dépôt dans les parties où on le rencontre après la mort. Ce n'est pas que M. Velpeau soit, à cet égard, exclusif, car il avoue lui-même que la maladie peut survenir à la suite de l'inflammation des veines ; seulement il établit que le procédé par *décantation*, si je puis ainsi dire, est beaucoup plus fréquent.

Nous croyons peu à cette absorption du pus en nature, et surtout à son dépôt, par simple décantation, dans les parties. Cependant, dans les deux observations de résorption purulente dont nous allons rapporter l'histoire, il nous fut impossible de découvrir la moindre trace d'inflam-

mation dans les veines; ce qui semblerait propre à confirmer cette opinion, par laquelle l'explication des phénomènes serait rendue moins difficile. Il serait possible, toutefois, que, dans certaines circonstances, se développât dans l'organisation une tendance puogénique en vertu de laquelle le liquide purulent apparaîtrait avec une grande facilité, là où le sang abonderait davantage, là où quelque irritation se manifesterait.

Quoi qu'il en soit, nous espérons qu'on ne lira pas sans quelque intérêt les deux faits suivans. Ajoutés à ceux que la science possède, ils peuvent contribuer à éclairer l'histoire d'un des phénomènes les plus redoutables qui accompagnent les blessures graves, et compromettent le succès des opérations sanglantes.

TRENTE-SEPTIÈME OBSERVATION.

Extirpation d'une tumeur ganglionnaire à l'aisselle; résorption purulente. — Mort.

L***, voltigeur au 19e léger, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 4 décembre 1834. Ce militaire, d'un tempérament lymphatique, quoique ayant le visage coloré et les cheveux d'un noir foncé, portait, à la partie supérieure du cou, près de la région mastoïdienne, et à la région inférieure, au dessus de la clavicule, des

tumeurs formées par l'engorgement des ganglions lymphatiques de cette région ; une autre tumeur de même nature existait à l'aisselle. Celles du cou étaient peu volumineuses ; celle de la région axillaire, au contraire, égalait le poing d'un adulte; cette dernière était aussi la seule douloureuse, bien qu'elle fût, comme les deux autres, sans changement de couleur à la peau.

Le malade n'avait reçu ni coup ni contusion dans les parties malades, et il n'avait, dans sa jeunesse, jamais été atteint d'engorgement des glandes, suivant l'expression vulgaire. Les fonctions digestives et respiratoires étaient intactes, les facultés intellectuelles saines et l'embonpoint raisonnable. Néanmoins les officiers de santé de son régiment avaient, au grand déplaisir du malade, songé à le faire réformer. Le désir qu'il avait d'être débarrassé de sa tumeur axillaire, qui lui occasionnait parfois des douleurs assez vives, lui en fit réclamer vivement l'extirpation. La crainte que sa maladie n'eût jeté de plus profondes racines fit hésiter pendant quelque temps; mais on finit enfin par céder à ses instances réitérées.

L'opération fut pratiquée le 19 décembre et la tumeur principale enlevée sans accident, bien qu'elle reposât sous le plexus brachial, l'artère axillaire et les veines si abondantes de cette ré-

gion. Le malade allait être pansé, lorsqu'on reconnut, plus profondément encore, à la hauteur du muscle petit pectoral, deux autres ganglions de la grosseur de deux noisettes, que le chirurgien saisit avec des pinces de Museux, se proposant de les attirer et de jeter derrière eux des ligatures. Mais ils étaient déjà passés à l'état de suppuration, se déchirèrent, et l'on ne put que faire sortir le liquide purulent qui y était contenu. Malgré ce léger contre-temps, le malade alla bien pendant les quinze premiers jours; il mangeait la demie et la côtelette matin et soir, et la cicatrisation de la plaie semblait vouloir se faire, lorsque, sans cause appréciable, cette plaie resta graduellement stationnaire : les tumeurs du cou augmentèrent de volume.

Vers le 10 janvier, la suppuration cessa d'être louable, bien que les fonctions digestives conservassent leur énergie et leur régularité.

Le lendemain, elle était moins abondante, et la digestion plus pénible. Enfin, le 13, la plaie devint douloureuse et le malade accusa un malaise général.

Le 14, suppuration moins abondante et de mauvaise nature; rougeur et tuméfaction légère des bords de la plaie, devenus douloureux au toucher. Pouls à quatre-vingt-quatre, teinte jaunâtre du visage, langue un peu sèche, mais sans

enduit jaunâtre, soif modérée. Douze sangsues autour de la plaie, applications émollientes; diète, boissons adoucissantes.

Le 15, même état; de plus, légers frissons vers le soir; quinze sangsues sur la plaie, applications émollientes, sulfate de quinine, quatre grains dans une potion gommeuse; boissons adoucissantes.

Le 16, un peu d'amélioration, rougeur moindre, douleur moins intense, langue plus humide; pouls à quatre-vingt-deux, mais persistance de la teinte jaunâtre du visage et du frisson qui revient à des intervalles indéterminés. Sulfate de quinine, six grains dans une potion gommeuse, boissons adoucissantes; fomentations émollientes sur le ventre, lavement émollient, diète.

Le 17, le malade est plus mal, la suppuration est presque entièrement supprimée; rougeur plus vive, douleur plus intense de la plaie; pouls à quatre-vingt-huit, très petit; peau chaude, teinte jaunâtre plus prononcée, langue sèche, épigastre un peu douloureux, respiration difficile, un peu de matité du côté droit et à la base du poumon, frissons plus fréquents, mais toujours irréguliers. Seize sangsues autour de la plaie; même prescription.

Le 18, la maladie a encore empiré : suppuration entièrement supprimée; du reste, la douleur

et la rougeur sont les mêmes; mais il y a, outre les phénomènes de la veille, du subdelirium; pouls à quatre-vingt-seize; le malade reconnaît les personnes qui l'approchent, mais, de temps en temps, les idées n'ont plus de suite. Douze sangsues aux tempes; même prescription.

Le 19, pouls à cent, persistance du subdelirium et des frissons, matité plus marquée de la base du poumon droit. Sinapismes aux jambes; même prescription.

Le 20, un peu d'amélioration, moins de subdelirium, pouls à quatre-vingt-quatorze; sinapismes aux pieds. Même prescription.

Le 21, l'état du malade s'est aggravé, il a plus de subdelirium, le pouls est très petit, la faiblesse très grande, la langue sèche, les dents fuligineuses, le ventre un peu météorisé, la respiration très fréquente et difficile. Vésicatoires aux cuisses; boissons adoucissantes.

Le 22, tous les symptômes ont augmenté d'intensité, et le malade succombe à cinq heures de l'après-midi, après avoir déliré jusqu'à midi et demi environ.

Autopsie.

Encéphale et méninges. Les méninges sont dans l'état sain; mais le cerveau présente, dans les lobes antérieurs, des gouttelettes purulentes dont

on ne saurait méconnaître l'existence, et qui donnent à cet organe une mollesse remarquable; c'est surtout dans la substance grise qu'on les rencontre. Le cervelet, à sa partie moyenne, présente aussi ces caractères, mais à un degré moindre.

Poitrine. Quelques adhérences dans la plèvre droite. A la base du poumon du même côté, plusieurs abcès circonscrits dont le pus, en général, est sanguinolent; dans deux d'entre eux pourtant ce pus ne diffère pas de celui que l'on trouve à la suite d'un travail local d'inflammation. Autour de ces foyers, le poumon a une couleur plus foncée et une dureté plus grande qu'ailleurs.

Le poumon gauche ne présente rien de semblable; les glandes bronchiques sont un peu engorgées et indurées; le cœur et le péricarde sont sains.

Abdomen. L'estomac est un peu rouge vers son grand cul-de-sac; les intestins grêles et le gros intestin sont dans l'état normal. Le foie, la rate sont gorgés de sang; la vessie est plus rouge que dans l'état ordinaire.

La surface de la plaie est sèche; la membrane puogénique est épaisse et rougeâtre; *les veines du voisinage, incisées et examinées avec soin, ne présentent aucune trace de rougeur.*

Les tumeurs ganglionnaires du cou sont toutes deux à l'état d'induration; celle de la région mastoïdienne a le volume d'un œuf de poule; celle située au dessus de la clavicule, celui d'une noix; le corps thyroïde a le volume normal.

TRENTE-HUITIÈME OBSERVATION.

Entorse suivie d'inflammation vive, d'abcès et de résorption purulente. — Mort du sujet.

J***, canonnier au 4e d'artillerie, âgé de trente ans, d'une haute stature, d'une constitution forte, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 30 décembre 1835.

Il était alors atteint d'une inflammation aiguë du tissu cellulaire de la face dorsale du pied, remontant à huit ou dix jours. Il y a trois semaines ou environ que ce pied avait été le siége d'une entorse dont il se croyait guéri, bien que, de temps à autre, il y éprouvât de la douleur lorsqu'il fatiguait trop le membre correspondant. La face dorsale du pied est tuméfiée, rouge, douloureuse surtout à la pression. Du reste, l'état général du sujet est satisfaisant, il ne se plaint d'ailleurs d'aucune autre douleur. Quart matin et soir; cataplasme émollient sur la partie.

Le 1er janvier, l'inflammation a fait des progrès; la face dorsale du pied est plus douloureuse, plus tendue, on y sent de la fluctuation. A l'ouverture de l'abcès, il s'écoule une petite quantité de pus épais et sanguinolent. Cataplasme, soupe et pruneaux matin et soir.

Le 2, la tension est moindre, la douleur moins vive, la rougeur moins intense; continuation des prescriptions de la veille.

Le 4, deux autres abcès se sont formés presque sans douleur, sans inflammation préalable vive, et en moins de vingt-quatre heures : l'un correspond au deuxième orteil, et l'autre au quatrième; ils sont placés l'un et l'autre au dessus des articulations métatarso-phalangiennes. Ces deux abcès sont ouverts, et comme la rougeur des parties qui les environnent est très intense, on applique douze sangsues à la face dorsale du pied.

Le 6, l'inflammation continue à faire des progrès : nouvelles applications de sangsues; nouvel abcès qui apparaît à la partie interne du pied, et dont l'ouverture donne issue à du pus également sanguinolent.

Le 8, l'inflammation paraît moins vive vers les orteils, mais elle a gagné vers le cou-de-pied; les douleurs du malade deviennent des plus intenses; il a de la fièvre, de la soif, quelques

nausées et de la diarrhée. Quinze sangsues sur le cou-de-pied; diète, limonade, cataplasme émollient, fomentations émollientes sur l'abdomen, lavement amylacé.

Le 9, même état que la veille; les fomentations avec l'infusion de fleurs de sureau sont substituées aux cataplasmes émolliens. Du reste, même prescription.

Le 10, l'inflammation est moins vive, la fièvre est tombée; plus de nausées, plus de diarrhée, plus de soif; bouillon maigre, pruneaux. Du reste, mêmes prescriptions.

Le 12, un nouvel abcès se forme au dessus de la malléole interne, et la suppuration y est déjà manifeste; on l'ouvre, et le liquide qui en sort est de même nature que celui que l'on a retiré des précédens.

Le 14, la fièvre a reparu, plus intense que la première fois; le pouls est fréquent, petit; la peau sèche; le visage est terreux et porte l'empreinte de la stupeur; soif vive, frissons par intervalles, ballonnement du ventre, diarrhée. Diète, pansement avec la décoction de quinquina.

Le 15, même état que la veille, prostration plus grande des forces, soif moins vive; sulfate de quinine.

Le 17, la fièvre est toujours aussi intense; le pied est en meilleur état et l'inflammation a

presque entièrement disparu ; mêmes prescriptions. Cette amélioration n'est que passagère ; les jours suivans, la soif redevient de plus en plus vive, le pouls plus fréquent et plus petit, la respiration pénible ; il y a expectoration de crachats bronchiques. Le malade éprouve de la difficulté à mouvoir le bras gauche ; et pourtant le pied va mieux, la suppuration y est de bonne nature. Extrait de quinquina, dix grains à l'intérieur ; vin sucré, quatre onces.

Le 21, le malade ressent des frissons fréquens ; la faiblesse est extrême, le pouls petit ; extrait de quinquina, potion avec une demi-once d'acétate d'ammoniaque, vin sucré.

Le 22, le ventre est ballonné, douloureux surtout vers la région iléo-cæcale ; la diarrhée est plus abondante, la langue très sèche, les dents fuligineuses, la faiblesse des plus grandes, la respiration embarrassée ; le bras gauche ne peut plus être mu, l'inflammation du pied tend à reparaître, la suppuration est de moins bonne nature. On supprime l'extrait de quinquina, le vin sucré et l'acétate d'ammoniaque, et on prescrit de la limonade, deux potions gommeuses, des fomentations émollientes sur l'abdomen et le pied.

Le 23, le météorisme du ventre continue ; le bras droit partage le sort du bras gauche ; les

surfaces ulcérées s'agrandissent; la suppuration est noirâtre, fétide, ichoreuse : l'état général empire, et pourtant, depuis déjà quelques jours, le malade n'accuse aucune douleur. Extrait de quinquina, acétate d'ammoniaque, vin sucré, limonade vineuse.

Le 24, même état; infiltration de la cuisse gauche; même prescription.

Le 25, l'amaigrissement fait des progrès effrayans depuis trois jours; facies hippocratique. Mort le 26 au matin, sans agonie et sans délire. Du reste, il est digne de remarque que, pendant tout le cours de cette maladie, les facultés intellectuelles n'aient jamais été altérées, et que le malade, excepté pendant les premiers jours, n'ait éprouvé aucune inquiétude sur son sort.

Autopsie.

Encéphale et méninges. L'arachnoïde, la pie-mère et la substance cérébrale ne présentent aucune trace d'état morbide; la moelle épinière elle-même, ouverte avec précaution, paraît entièrement saine.

Poitrine. Malgré les symptômes observés pendant la vie, les poumons, les bronches, dans toutes leurs divisions, et le cœur, ne présentent aucune trace d'altération; il semble que ces organes ont appartenu à une personne qui n'a

jamais souffert. La plèvre droite seule, dans une portion assez restreinte de son étendue, paraît avoir été, dans les derniers instans, le siége d'une légère irritation.

Abdomen. Les viscères gastriques furent, à cause des phénomènes typhoïdes dont le malade avait été atteint, examinés avec une attention minutieuse; cependant, malgré le soin scrupuleux avec lequel on procéda à cette recherche, on ne put y découvrir la moindre trace d'irritation. La membrane muqueuse, depuis le cardia jusqu'au rectum, fut trouvée dans l'état le plus sain. Il en faut dire autant du foie, de la rate et des organes génitaux urinaires.

Extérieur du corps. Les muscles profonds du cou sont séparés de la face externe du larynx et de la trachée-artère par une grande quantité d'un pus épais bien lié et d'une couleur jaune; ce liquide semble d'ailleurs plutôt contenu dans les mailles du tissu cellulaire intermusculaire que rassemblé en un foyer unique; sa consistance est telle qu'il adhère fortement aux tissus, on dirait presque qu'il en fait partie. Il ne pénètre, d'ailleurs, ni dans le larynx, ni dans la trachée-artère, et n'a aucune communication avec la cavité thorachique; sa situation est telle qu'il n'a pu comprimer le plexus brachial, dont le sépare le scalène antérieur.

Une collection tout à fait semblable à celle dont il vient d'être fait mention existe à la partie interne du bras gauche, entre les muscles biceps, brachial antérieur et la portion interne du triceps; cette collection purulente a une étendue de trois pouces environ. Dans le bras droit, un troisième abcès tendait à se former au même endroit, mais dans une étendue moindre. Enfin, à la partie inférieure des vertèbres cervicales et à la région moyenne des vertèbres dorsales, dans les muscles profonds de ces régions, se trouvent deux autres abcès dont le pus ne communique en aucune manière avec le canal rachidien. Ce liquide présente d'ailleurs les mêmes caractères et le même aspect que celui observé soit au cou, soit aux bras.

Disséqué avec le plus grand soin, le pied présente les altérations suivantes : les ligamens externes et antérieurs de l'articulation tibio-tarsienne sont altérés dans toute leur étendue et détruits en quelques points. Le ramollissement de ces organes est considérable; il semble qu'un peu de pus existe entre les fibres qui les composent, et l'on trouve une très petite quantité de ce liquide dans l'articulation. Les ligamens qui unissent le cuboïde avec le calcanéum, et le premier métatarsien avec le premier cunéiforme, aussi bien que ceux de l'articulation de la base

du gros orteil, sont non seulement ramollis, mais, en quelque sorte, en état de putrilage; bien plus, il ne reste aucun vestige du périoste de la portion externe et supérieure du premier métatarsien. Les parties musculaires avoisinantes, sans être saines, sont loin de présenter une altération aussi profonde et ne semblent malades que par le contact du pus, qui s'est principalement réuni sous l'aponévrose plantaire. La portion osseuse proprement dite de ces diverses articulations ne paraît point altérée, et le périoste est conservé sur la plupart.

Les veines disséquées autour des articulations et le long de la jambe et de la cuisse n'ont présenté aucune trace d'altération; il en fut de même de celles des parties où le pus s'était amassé (cou, bras et gouttière vertébrale).

Réflexions. Dans l'état actuel de la science, relativement aux résorptions purulentes, les observations qu'on vient de lire présentent un tel degré d'intérêt que nous croyons devoir nous y arrêter quelques instans.

La seconde de ces observations rappelle celle de ce militaire, qui éprouva, à la suite d'une distension du poignet, des symptômes si graves d'inflammation profonde et d'étranglement de l'avant-bras (obs. 10e). Le début et la marche de la maladie locale sont ici également remar-

quables. On conçoit difficilement comment une entorse survenue plusieurs semaines auparavant, et qui, traitée convenablement, avait paru céder aux moyens dirigés contre elle, a pu, sans qu'aucune cause traumatique nouvelle intervînt, donner naissance à des désordres aussi profonds dans les articulations du pied. A la suite d'une violente distension des ligamens, une irritation peut, sans doute, survenir, prendre de bonne heure le caractère chronique, ou débuter même sous cette forme; puis, continuant à faire des progrès, finir par détruire les ligamens et carier les surfaces osseuses; c'est même trop souvent de la sorte que se terminent les entorses qui ont été mal traitées, ou que l'on a négligées; mais, dans ces cas, la guérison, loin d'être d'abord complète, n'est même pas apparente, et un engorgement plus ou moins considérable, ou une douleur plus ou moins vive, et quelquefois même les deux phénomènes à la fois, avertissent suffisamment le chirurgien qu'il reste dans les parties un foyer d'irritation qui menace l'intégrité de l'articulation.

Ici rien de semblable : non seulement il n'existe plus d'engorgement ni de douleur dans la partie qui avait été le siége de l'entorse, mais encore, pendant longtemps, le pied remplit ses fonctions avec une facilité notable et telle qu'il

y aurait eu peu de raison à le supposer le siége d'une irritation chronique. D'un autre côté, admettre qu'une altération aussi profonde des ligamens a pu se former dans l'espace de peu de jours, n'est-ce pas aller au delà de ce que l'on sait de la marche et de la durée des maladies du tissu fibreux ? Qu'à la suite d'une affection traumatique, qui a ouvert une articulation et entamé plus ou moins les ligamens, un désordre pareil s'établisse en un si court espace de temps, le fait, quoique peu commun, se conçoit cependant assez bien ; car l'irritation, provoquée par l'instrument vulnérant, atteignant les parties articulaires, et le pus qui en résulte se trouvant en contact immédiat avec elles, leur altération doit marcher très vite; mais, dans l'observation précédente, l'inflammation paraît d'abord avoir été externe, ou, du moins, c'était aux surfaces extérieures que le malade rapportait constamment ses douleurs, et ce sont elles qui ont été le siége des premiers accidens. Aussi était-on loin de s'attendre à la profondeur des désordres que l'on a rencontrés ; et la plupart des personnes qui virent le malade pensèrent-elles qu'il fallait rapporter la gravité des symptômes et la mort à l'état général du sujet : l'état local, pour eux, ne s'était aggravé de la sorte que par une tendance de l'organisme à la puogénie, et par une prédisposition

inflammatoire des plus prononcées. Et cependant cette opinion n'est pas à l'abri de graves objections : avant la fin de décembre, le malade jouissait d'une santé parfaite ; il faisait même exactement son service, lorsque survint, sans cause appréciable, une inflammation de la face dorsale du pied, bientôt suivie de fluctuation et d'abcès. Jusque-là l'affection est toute locale, aucun malaise général ne se fait sentir. Si l'inflammation fait de nouveaux progrès et s'étend ensuite vers l'orteil ; si deux nouveaux abcès se forment, puis un troisième ; ces accidens se succèdent sans que le cœur active ses battemens et que l'économie semble y prendre part. Ce n'est que le 8 janvier que la fièvre s'allume, que les sympathies générales sont mises en jeu ; et encore ces accidens disparaissent-ils quand l'inflammation du pied perd de son intensité. A ce dernier trait, qui peut méconnaître la localisation primitive du mal ? Si d'abord l'affection eût été générale, si la phlegmasie survenue au pied n'eût été que l'expression locale d'un état morbide plus profond, la fièvre n'eût-elle point précédé son apparition, et le mouvement fébrile, loin de lui être soumis, ne lui aurait-il point imprimé son cachet ? En vain dira-t-on qu'à une époque plus avancée de la maladie, la fièvre et les symptômes graves qui l'accompagnèrent s'en montrèrent tellement

indépendans que le danger du malade s'accroissait à mesure que le pied semblait s'améliorer; mais, outre que les recherches cadavériques sont loin de justifier une semblable explication, qui ne sait qu'une fois les sympathies générales déviées de leur rhythme physiologique, le désordre qui les atteint peut se continuer et même occasionner la mort alors que l'impulsion première a diminué d'intensité ou cessé complètement?

Les collections purulentes trouvées dans les muscles de la région sous-hyoïdienne, ceux de la région brachiale et des gouttières vertébrales, dont rien, pendant la vie, n'est venu révéler l'existence, méritent une sérieuse considération. Doit-on les rapporter à une irritation survenue dans les parties qui en étaient le siége? Mais aucun symptôme d'irritation ne s'y est manifesté du vivant de l'individu. — A une métastase purulente par déplacement de l'irritation? Mais, outre qu'en admettant cette hypothèse, il faudrait également expliquer comment les signes propres à l'inflammation n'ont point apparu, il resterait, de plus, à rendre compte des phénomènes généraux qui ont fait croire, pour quelques momens au moins, à une fièvre grave.

Dans l'une et l'autre supposition, les difficultés sont grandes; elles disparaissent, au contraire,

et le problème devient des plus faciles à résoudre, si l'on admet que le malade a succombé au mélange du pus dans le sang, à la résorption purulente, en un mot. Quels sont, en effet, les symptômes que présentent les animaux dans le sang desquels on a introduit des substances hétérogènes ou propres à favoriser le mouvement puogénique des tissus vivans? Ne sont-ce pas ceux qu'a offerts le sujet dont nous venons de rapporter l'histoire? Que l'on consulte les travaux et les expériences de MM. Cruveilhier, Dance, Blandin, Velpeau, Maréchal, etc., et l'on verra s'il est possible de soutenir le contraire avec avantage. Sans doute, le tableau symptomatologique de la maladie de J*** n'a pas été la représentation fidèle de celui des observations rapportées par les observateurs que nous venons de nommer : le pus rencontré dans le tissu cellulaire intermusculaire et dans quelques portions isolées de muscles n'a point exactement présenté les caractères qu'ils ont décrits; car il était plus consistant, de meilleure nature, si je puis dire, et l'on n'y remarquait pas ce cercle noirâtre dont Dance a parlé; mais, outre qu'il n'est pas bien certain que la description donnée par ce médecin soit l'expression rigoureuse des faits jusqu'ici observés, qu'est-ce que l'absence de ce caractère anatomique en présence de tous les autres?

C'est donc à la résorption purulente que J*** a succombé : ce fait, pour nous, est incontestable. Maintenant, comment s'est fait le passage du pus dans le sang? est-ce par suite d'une phlébite développée dans le voisinage du foyer primitif de la suppuration? L'autopsie ne nous a rien révélé de semblable; peut-être les partisans de cette doctrine diront-ils que, pour s'en convaincre, il aurait fallu scier les os dont les surfaces articulaires étaient dépourvues de ligamens, ou dont les ligamens étaient malades; c'est une omission que nous nous reprochons; nous croyons pouvoir affirmer, cependant, que ces organes paraissaient sains. S'est-il opéré un véritable transport matériel du pus dans les veines, ainsi que l'entendaient les anciens et que le pense M. Velpeau? Mais comment le pus n'a-t-il pas présenté les caractères de simple dépôt? comment surtout s'est-il montré avec des propriétés différentes de celles qu'il offrait dans la partie où il aurait été absorbé? Ce liquide aurait-il donc acquis des propriétés nouvelles, ou subi quelques modifications par son contact avec le fluide réparateur? ou bien, une fois déposé dans les organes, l'irritation qu'il y aurait déterminée eût-elle suffi pour le faire changer, sinon de nature, au moins de couleur et de consistance? Ce sont là autant de questions que nous

n'avons point mission de résoudre en ce moment, et dont la solution d'ailleurs réclame de nouvelles recherches. Contentons-nous de faire remarquer qu'une fois la circulation du pus avec le sang admise, tout s'explique dans l'observation de J*** : phénomènes généraux et locaux, altérations cadavériques, tout est soumis à l'influence de ce mélange impur. La rapidité du désordre des articulations cesse d'être inexplicable, et il n'est pas jusqu'à la durée de la maladie dont on ne puisse se rendre compte. En effet, si, comme l'ont prétendu les observateurs cités, il est rare de voir la vie du sujet se prolonger au delà de deux ou trois jours, une fois que les frissons ont apparu, il n'en pouvait être de même de J***, puisque, chez ce malade, le pus, au lieu d'occuper des organes importans, s'était épanché dans les parties moins nobles, moins indispensables à la vie, savoir le tissu cellulaire, les muscles, les ligamens et les articulations.

L'observation n° 37 semble, il est vrai, combattre cette explication; car, ici, c'étaient le poumon et le cerveau qui étaient le siége du mal, et le sujet, pourtant, n'a succombé que huit jours après l'apparition des frissons. Faut-il attribuer cette prolongation à la circonscription du désordre? cela paraît peu vraisemblable, surtout

si l'on songe que les deux principaux organes de la vie étaient envahis par la suppuration. Mieux vaut avouer notre ignorance que de recourir à des suppositions trop hasardées.

Aussi bien, ce n'est pas la seule difficulté que présente l'histoire de la résorption purulente : dans cet exemple encore, nous ne voyons aucune trace de rougeur dans les veines provenant du voisinage de la plaie; nulle part n'existait le moindre signe de phlébite; et pourtant on sait quels argumens on a fait valoir en faveur de la phlébite capillaire dans les cas de ce genre. Par compensation, les caractères que fournirent les abcès métastatiques du cerveau et du poumon n'ont pas différé de ceux indiqués comme propres à ces organes : ainsi, la matière purulente, à l'encéphale, s'est présentée sous forme de gouttelettes, et ne paraissait, en aucune manière, avoir succédé à *un noyau tuberculeux;* la substance grise en était surtout le siége, et notamment les corps striés. Au poumon, au contraire, la forme tuberculeuse prédominait primitivement, et l'on sait que c'est sous le nom d'abcès tuberculeux qu'ils ont été signalés d'abord par Monteggia, et, plus tard, par MM. Velpeau, Blandin, Maréchal, etc.; caractères anatomiques sur lesquels nous n'insistons que pour justifier la nature que nous attribuons à ces

deux affections. Quant à l'absence de la rougeur des veines, dans les deux cas que nous rapportons, c'est un fait qu'il faut ajouter à ceux publiés par les médecins qui nient que la résorption purulente soit toujours le résultat de la phlébite.

Mais qu'est-ce donc alors que l'état morbide attribué à la résorption du pus? Nous avons déjà émis nos doutes à ce sujet. Aucune théorie exclusive ne nous semble pouvoir en donner maintenant l'explication rigoureuse. C'est, suivant nous, un état particulier de l'organisme, se développant tantôt à la suite de l'inflammation des vaisseaux veineux, tantôt à l'occasion d'une irritation secondaire de quelqu'un des principaux viscères de l'économie, tantôt enfin apparaissant sous l'influence d'une sorte de diathèse purulente encore mal connue et mal définie; d'où il suit que de nouveaux travaux, de nouvelles recherches sont nécessaires pour donner à ce point de chirurgie pratique les caractères de perfection auxquels il est si désirable de le voir arriver.

Le traitement surtout nous semble devoir fixer toute l'attention des praticiens; on a pu voir combien avaient été inefficaces les différens moyens auxquels on a eu recours dans les deux exemples que nous avons rapportés : il en a été malheureusement de même dans ceux recueillis

et publiés jusqu'ici par les hommes les plus habiles. Les succès obtenus par les substances purgatives chez les animaux sembleraient devoir préconiser cette méthode, et nous ne serions pas éloignés d'y avoir recours, non toutefois qu'il fallût, à notre avis, les employer en toute sécurité. Il en est de même de l'émétique à haute dose, dont M. Sanson s'est loué, et que Montpellier semble prodiguer aujourd'hui contre la plupart des accidens traumatiques. Il faut le reconnaître : lorsqu'une maladie donnée n'est pas bien connue dans son mécanisme, son siége et sa nature, le traitement ne peut être établi que d'après les phénomènes les plus saillans, comme les frissons, les saburres, le délire, l'agitation du pouls, etc., c'est à dire d'après des effets variables, au lieu de reposer sur la cause organique elle-même; aussi est-il incertain, vacillant et abandonné, pour ainsi dire, aux inspirations ou à l'arbitraire de chaque praticien.

§ V. *Anémie.*

A la suite des faits relatifs à la résorption purulente devait naturellement venir l'observation d'*anémie générale* que nous avons recueillie il y a près de quatre ans. Une maladie, en effet, dans laquelle l'individu paraît succomber, sinon

à une altération chimique appréciable du sang, du moins à une diminution notable de ce liquide, devait naturellement se trouver à côté de celles où, par suite, d'altération présumée de ce même liquide, des phénomènes typhoïdes apparaissent, et la mort survient. Ce rapprochement, au point de vue physiologique, nous semble aussi nécessaire que celui que nous avons fait de la résorption purulente avec les maladies du système circulatoire, malgré l'absence de l'inflammation des vaisseaux veineux. En agir autrement, et former un chapitre séparé, propre aux altérations des humeurs, ce serait donner à l'humorisme moderne une importance qu'il n'a point encore acquise, malgré les efforts de quelques esprits distingués, parmi lesquels nous nous plaisons à citer notre savant ami, M. le professeur Forget (1).

TRENTE-NEUVIÈME OBSERVATION.

Anémie générale; abcès séro-purulens à la face. — Mort.

L***, fusilier au 49e de ligne, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 9 mars 1833. Ce mili-

---

(1) Voyez art. Sang du *Dict. de méd. et de chirur. prat.*

taire, à son arrivée, fut placé immédiatement à la salle 19; il était atteint d'abcès multipliés, développés sur la région frontale et les parois latérales externes de la bouche.

Interrogé sur les causes qui avaient donné naissance à cette affection, il répondit que, depuis trois mois environ, il sentait ses forces diminuer, que cependant il n'éprouvait aucune douleur, et qu'à part une grande faiblesse dans les membres, il ne se plaignait d'aucun mal. Soumis à un examen minutieux, ce militaire ne présenta aucune altération des organes thoraciques ou abdominaux. La poitrine résonne dans toute son étendue, et la respiration est naturelle; les mouvemens du cœur sont faibles, mais réguliers; il a cependant, de temps à autre, quelques palpitations; aucune tumeur n'existe dans l'abdomen; le pouls est à soixante-douze; d'ailleurs, les digestions se font sans difficulté; les urines sont naturelles; il n'y a ni soif, ni nausées. Enfin, les facultés intellectuelles, quoique obtuses, sont, malgré cela, intactes; peut-être même la lenteur de l'exercice de ces fonctions doit-elle être attribuée à la langueur générale du sujet. Les abcès ont à peine, en volume, un demi-pouce de diamètre; il en existe cinq sur la région frontale, trois sur la joue droite et deux sur la joue gauche; ils ressem-

blent assez bien, quant à la nature du liquide qu'ils contiennent, à certaines collections purulentes que l'on remarque à la suite des fièvres graves : c'est plutôt de la sérosité purulente que du véritable pus qui s'en écoule ; ils sont d'ailleurs indolens et presque sans rougeur. Sous ce rapport, et à en juger par l'extérieur, on croirait à une vésicule purulente.

La maigreur du sujet, sans être extrême, est cependant sensible ; la face est décolorée ; la conjonctive, surtout, est remarquable par sa blancheur pâle et mate. Les membres offrent également une particularité importante à noter, c'est l'absence de veines sur leur surface ; ce caractère est frappant, surtout à la région dorsale des mains. Enfin, il existe une infiltration peu apparente, il est vrai, mais presque générale.

Le diagnostic de cette affection étant fort obscur, nous convînmes, avec M. Zink, de prendre des informations auprès du chirurgien-major du régiment, et nous n'obtînmes d'autres renseignemens sinon que, depuis son arrivée au corps, ce militaire avait été souvent indisposé, toujours faible et languissant. Au dire de deux de ses camarades, il avait été très mal nourri dans sa jeunesse, et ses parens, peu fortunés, ne lui donnaient qu'avec parcimonie des alimens grossiers, qu'il dévorait avec avidité sui-

vant leur expression. De son côté, L*** assurait n'avoir jamais éprouvé de maladie proprement dite, et se trouvait très heureux au régiment, où d'ailleurs il servait avec zèle et exactitude. Les pustules les plus anciennes furent ouvertes; nous prescrivîmes le quart, la côtelette, du vin rouge, de la tisane amère et du vin sucré. Le malade s'en trouva mieux pendant les huit premiers jours, et alors nous remplaçâmes le vin sucré par des préparations de fer et de quinquina. Les forces revinrent, quoique avec lenteur; mais les abcès se succédèrent au cou, à la partie antérieure de la poitrine, et aux extrémités supérieures. Le 5 avril, le malade fut pris d'un mouvement diarrhéique : les selles offraient une couleur brun verdâtre; en même temps, de nouveaux abcès apparaissent à la partie antérieure de l'abdomen et non loin du nombril. On supprima dès lors les préparations de quina et de fer, on mit le malade à la diète et cependant la diarrhée persiste.

L*** tombe dans un état de faiblesse effrayant et demande avec instance des alimens. On lui donne de nouveau la côtelette et le vin sucré, et la diarrhée cesse en même temps que les abcès.

Ce mieux-être nous engage à recourir de nou-

veau aux préparations martiales, et le malade s'en trouve bien; il était même dans un état assez satisfaisant lorsque, le 29 mai, et sans qu'aucune imprudence pût en rendre raison, de nouveaux abcès se montrèrent, dans l'espace de quarante-huit heures, à la face et au cou; en même temps que survinrent du météorisme, de la céphalalgie et des douleurs contuses dans les membres.

Le malade fut mis à la diète, et le calme reparut.

Le 5 juin, les abcès se sont vidés, et le malade mange la soupe et le riz au lait; mais l'émaciation fait des progrès rapides. Le mois de juin se passe néanmoins sans accidens nouveaux.

Du 5 au 10 juillet, l'appétit est prononcé, mais la maigreur devient effrayante; les jambes sont dans un état tabétique; le malade se décourage et s'inquiète.

Du 10 au 15, les digestions s'accompagnent de légères coliques, le ventre se ballonne, la faiblesse augmente, le pouls s'affaiblit.

Le 18, le pouls reprend de la vigueur, et le malade est assez bien jusqu'au 1er août.

Le 2 et le 3, le malade a un peu de fièvre; le pouls offre de la fréquence (quatre-vingt-seize); le 4, il devient petit, filiforme. Le 5, l'a-

gonie se prononce, et le malade succombe le 16 août 1833, au matin.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Encéphale. Décoloration sensible de la substance cérébrale, épanchement d'une demi-once de sérosité dans les ventricules.

Poitrine. Il n'existe aucune adhérence entre les plèvres et les poumons. Ces derniers sont pâles et laissent écouler, par l'incision, une *sorte de sérosité jaunâtre.* Le cœur est flasque et mou; on eût dit, au premier abord, qu'il avait été macéré pendant quelque temps; le péricarde pourtant ne contenait pas de sérosité. Chose remarquable! à peine y avait-il quelques gouttes de sang dans les cavités du cœur.

Abdomen. Le ventre est distendu par des gaz; il existe une certaine quantité de bile dans l'estomac. Aucune trace, d'ailleurs, de phlogose aiguë ou chronique. Les intestins grêles recèlent également une petite quantité de bile; les gros intestins ne présentent aucune trace d'inflammation; le foie est plus mou que dans l'état naturel. La rate est petite; la vessie et les reins sont à l'état normal. Les artères et les veines contiennent peu de sang, et la membrane interne des veines est sensiblement décolorée; les muscles sont pâles et réduits à un état d'exiguité extrême.

Réflexions. On nous saura gré, sans doute, à nous, partisans avoués du solidisme, d'avoir rapporté cette observation, justifiant ainsi ce que nous avons dit dans notre introduction : que notre œuvre, quelque imparfaite qu'elle fût, se ferait remarquer au moins par une narration fidèle et exacte des faits observés, et dégagée de toute préoccupation théorique ou de tout intérêt de doctrine. D'ailleurs jamais, à ce que nous sachions, les médecins physiologistes n'ont nié d'une manière absolue que les fluides ne pussent s'altérer primitivement; les asphyxies par gaz délétères, le scorbut et d'autres affections analogues ne permettent pas de conserver de doute à cet égard.

Quoi qu'il en soit, à quelle lésion faut-il rapporter la maladie et la mort de L***? Était-ce une phlegmasie des viscères digestifs, occasionnée par la mauvaise alimentation à laquelle il avait été si longtemps condamné? Mais l'autopsie cadavérique n'a justifié en rien les prévisions auxquelles pouvaient donner quelque vraisemblance les coliques et le météorisme observés pendant la vie. On ne saurait admettre non plus que celle-ci s'est anéantie sous l'influence de la réaction suscitée dans les cavités splanchniques et l'économie entière par l'inflammation cutanée; car les abcès dont, pendant si longtemps, la peau a

été le siége étaient sans douleurs, sans phénomènes inflammatoires bien sensibles. D'ailleurs, comment, en l'absence de tous phénomènes fébriles, supposer qu'un travail pathologique se soit fait sourdement dans les viscères, quand, à l'exploration, ces organes sont exempts de tout symptôme morbide? Il est vrai de dire que l'organe central de la circulation était, par intervalles, le siége de mouvemens tumultueux; mais ces palpitations paraissaient dues à l'action anormale du système nerveux, puisque, hors de ce temps de trouble, l'examen le plus attentif du cœur n'y faisait rien reconnaître d'insolite. L'inspection cadavérique n'a-t-elle pas démontré suffisamment d'ailleurs que ces palpitations ne pouvaient être attribuées à un état d'hypertrophie, puisque, loin de rien présenter qui fût propre à cet état pathologique, le cœur a offert des caractères opposés? Il était, comme le cerveau, les poumons et les autres organes de l'économie, décoloré et privé de sang; il était, en un mot, dans un état d'*anémie*. Quelque inexacte que soit cette expression, l'usage l'ayant consacrée, nous nous en servirons pour désigner l'état dans lequel se trouvaient la plupart des organes de L***. On ne saurait nier, en effet, que tel était l'aspect qu'ils présentaient à l'observateur; aussi, pour nous, la difficulté réside-t-elle moins

dans la détermination du fait que dans l'explication physiologico-pathologique qu'il convient de donner aux symptômes qui l'ont signalé.

Comment, en effet, en admettant que L*** ait été atteint de cette affection, expliquer l'apparition de ces pustules séro-purulentes qui, depuis le jour de son entrée, se sont montrées successivement à la face, au cou et, pendant l'existence de la diarrhée, à l'abdomen? Comment, alors que les tissus étaient décolorés, se rendre compte de ce travail inflammatoire, qui se multipliait, pour ainsi dire, sur toute la surface du corps? S'il eût existé en un point de l'économie un foyer de suppuration quelconque, on pourrait croire que le pus avait été résorbé et que, versé dans un sang déjà appauvri, il avait déterminé les collections observées; mais vainement, à l'autopsie, chercha-t-on la plus légère trace de suppuration, soit dans les articulations, soit dans les muscles, réduits d'ailleurs au plus petit volume: aucune goutte de ce liquide ne fut trouvée. Faudrait-il donc, en l'absence de tout foyer purulent, reconnaître une altération primitive du sang, en vertu de laquelle des collections de ce genre seraient formées? Mais, en admettant cette théorie, on ne saurait méconnaître l'existence de l'inflammation locale comme cause déterminante des abcès; inflammation faible et languis-

sante, sans doute, parce qu'elle se manifestait chez un individu dont les tissus se trouvaient dans des conditions opposées à celles qui disposent à la phlogose. L'hypothèse de la phlébite ne saurait être davantage admise, puisque les veines participaient à la décoloration générale.

Une fois ces difficultés résolues, rien ne nous paraît plus facile que de rendre compte des autres phénomènes que la maladie a présentés pendant son cours. La décoloration du visage et de la peau, celle, si remarquable, de la conjonctive, l'œdématie du tissu lamineux, la faiblesse extrême du sujet, les palpitations, le dévoiement même, tous ces symptômes ne sont-ils pas ceux qui ont été décrits comme propres à l'anémie? Le succès momentané obtenu par les préparations de fer et de quina ne vient-il pas encore corroborer cette opinion? Et plus tard, quand, la maladie continuant à faire des progrès, les troubles digestifs survinrent, quand apparurent la diarrhée et les coliques, croit-on qu'il eût fallu les attribuer à un état phlegmasique des intestins grêles ou du gros intestin? Nous en doutons d'autant plus volontiers que l'alimentation et l'administration des toniques les ont fait disparaître. Il en a été, à notre avis, pour la malade de L*** comme pour certains cas de chlorose, avec apparence de lésion organique, et dépendant d'un

défaut de sanguification convenable, où l'on voit les convulsions, la chorée, les palpitations, les vomissemens céder aux excitations générales ou autres stimulations du système nerveux et sanguin.

Quant aux causes qui ont donné naissance aux premiers symptômes de la maladie, nul doute que la mauvaise nourriture à laquelle, pendant sa jeunesse, le malade a été soumis n'en ait préparé le germe qui, au lieu de se détruire par une alimentation animale soutenue, l'habitation au grand air et tous les soins hygiéniques que cet état réclamait, n'a fait que prendre plus d'activité sous l'influence de la vie agitée du soldat, et l'air, sinon vicié, assez souvent altéré des casernes. Peut-être aussi, et ses camarades ne paraissaient pas éloignés de le croire, cet homme, vivant, d'habitude, isolé, avait-il contracté, depuis son arrivée au corps, quelque vice secret, ou se livrait-il trop au coït. On conçoit, si nos suppositions à cet égard sont vraies, combien les ébranlemens du système nerveux, auxquels donne toujours lieu l'acte vénérien, devaient favoriser le développement de l'affection à laquelle il a succombé, et qui, à tous égards, mérite de fixer l'attention des praticiens.

Les faits de ce genre sont rares; peut-être même celui-ci est-il unique dans la science. Il diffère, en effet, de ceux dont M. Andral a parlé dans sa

Clinique médicale ; il ne ressemble qu'imparfaitement aussi à celui que M. Louis a publié; il s'éloigne encore bien plus de ceux que Hallé a insérés dans le *Journal de Corvisart.* Il s'agit, en effet, dans ces derniers cas, d'une épidémie qui, en l'an XI, attaqua un grand nombre d'ouvriers employés à l'exploitation des mines d'Anzin, dans une galerie située à cent vingt toises au dessous du sol, et où le renouvellement de l'air n'était pas facile.

Cette affection débutait par des coliques et des douleurs d'entrailles, de la dyspnée, des palpitations, le météorisme du ventre, des déjections noires et vertes; état qui se prolongeait pendant dix jours, et à la suite duquel les douleurs abdominales cessaient; le pouls devenait faible, concentré, accéléré; la peau se décolorait et prenait une teinte jaunâtre; le visage, bouffi; les sueurs, fréquentes; puis, au bout de plusieurs mois, l'amaigrissement et l'émaciation : alors aussi survenaient des douleurs de tête affreuses, des défaillances fréquentes, de la photophobie, des déjections purulentes suivies promptement de la mort.

On le voit, bien qu'il ait plu à l'illustre professeur Hallé de désigner cette maladie sous le nom d'anémie, il existe, entre elle et l'observation que nous avons rapportée, des différences notables,

différences qui se retrouvent également dans les altérations cadavériques, puisque, dans l'épidémie d'Anzin, la graisse d'entre les membranes de l'épiploon et les lames du mésentère était très jaune ; le foie était petit, souple dans toute son étendue; sa substance, molle et onctueuse au toucher, avait une couleur blonde qui s'étendait jusqu'à l'extérieur; la vésicule était à demi pleine d'une bile de la couleur d'un jaune d'œuf; l'estomac était rempli d'une liqueur de couleur lie de vin; le colon et le jéjunum en étaient également enduits. Il est vrai que, comme *chez L***, la chaïr du cœur était pâle, ses cavités vides, le cerveau blanc, les artères et les veines décolorées et vides;* d'où il suit qu'il pourrait bien se faire que la différence des symptômes tînt ici plus à la durée de la maladie, chez les individus dont Hallé a rapporté l'histoire, qu'*à la différence de sa nature*. On ne saurait trop se garder, de multiplier, au delà de ce qui est indispensable, les espèces nosologiques, si l'on veut imprimer à la médecine le cachet de certitude qu'il est si désireux de la voir obtenir, et l'empêcher de rentrer dans les voies tortueuses où quelques hommes, d'ailleurs recommandables, voudraient la pousser de nouveau. Quelques différences dans les symptômes, quelques nuances diverses d'altérations dans les tissus ne sauraient suffire pour établir

une différence dans la nature des maladies, alors surtout qu'il est permis de les rapporter aux tempéramens, aux constitutions des individus, ou à la durée plus longue de l'affection. Attacher, par exemple, une importance réelle à l'émaciation plus prompte de l'économie dans l'observation que nous avons rapportée, ne serait-ce pas s'arrêter à une puérilité? car, chez les ouvriers de la mine d'Anzin, la maladie attaquait des constitutions fortes et vigoureuses, tandis que, chez L***, l'affection trouvait un organisme affaibli depuis longtemps, et attaqué jusque dans sa source dès les premiers momens de l'existence. Quant au traitement que réclament les affections de ce genre, est-il possible de l'établir sur des bases rationnelles quand on manque de données sur la nature du désordre? Sans doute, il faut l'espérer au moins, un jour viendra où la chimie éclairera de son flambeau les faits analogues à celui que nous venons de rapporter, et où peut-être elle indiquera à l'aide de quelles substances on peut rétablir la santé; mais, jusqu'à ce moment si désiré, le praticien doit se contenter de signaler les faits à l'attention des observateurs, et faisant une médecine purement symptomatique, chercher, par l'emploi des médicamens qui paraissent avoir une action directe sur le sang, à modifier la nature de ce liquide vivifiant, et à

attaquer ainsi le mal dans sa racine. Aller au delà serait déranger les faits et compromettre peut-être l'avenir de la science.

Article IX. Maladies de l'appareil lymphatique.

§ I. *Tuméfaction des ganglions.*

Les maladies de l'appareil lymphatique, sur lesquelles M. Velpeau a publié récemment un mémoire, sont toujours nombreuses à Strasbourg, et ont été l'objet de considérations cliniques multipliées et d'opérations graves. M'étant occupé moi-même de ce sujet dans un travail spécial, fondé déjà sur les faits observés à notre clinique de Strasbourg et sur les leçons de M. Bégin (1), je me bornerai à résumer ici les faits principaux et les résultats les plus importans qui lui servent de base.

Presque toujours, ces engorgemens reconnaissent pour cause l'impression du froid humide ou quelque irritation survenue dans le derme chevelu, dans la cavité buccale, et se prolongeant pendant un certain temps. Leur siége le plus fréquent est au cou, puis à l'aisselle et à l'aine.

---

(1) *Mémoire sur les tumeurs ganglionnaires cervicales*, par P. Malle. In-8°, 1836. Paris, chez G. Baillière.

Au cou, c'est tantôt à la région parotidienne et dans l'épaisseur même de l'organe sécréteur de la salive, tantôt à la région sous-maxillaire et au dessus de celle formée par le muscle digastrique, et en avant du mylo-hyoïdien; quelquefois aussi entre le muscle mylo-hyoïdien, l'hyoglosse et le génio-hyoïdien; dans certaines circonstances, à la région sous-parotidienne, près de l'apophyse styloïde; dans d'autres, à la région sous-mastoïdienne, sous le muscle sterno-mastoïdien, et à la partie antérieure ou postérieure de cet organe. En quelque endroit qu'ils se développent, ils acquièrent quelquefois un volume considérable notamment à la parotide et à l'aisselle, envoyant des prolongemens jusque sur les vertèbres cervicales ou dans la partie la plus profonde de l'aisselle. Il en est qui sont situés profondément le long de la gaîne des vaisseaux carotidiens, et il importe de ne pas perdre de vue ce caractère quand il s'agit de l'extirpation de la tumeur.

Il est rare de voir ces tumeurs se résoudre, alors surtout qu'elles ont acquis un certain volume; les antiphlogistiques, les résolutifs, l'iode administré à l'intérieur ou employé à l'extérieur, sont presque toujours impuissans; et si l'on ne se hâte de les enlever, la suppuration ne tarde pas à s'en emparer, et la maladie se prolonge in-

définiment. La compression, rendue plus efficace à l'aide d'une plaque de plomb, nous a quelquefois réussi, mais souvent, par contre, elle a hâté l'époque de la suppuration.

Aussi, à nos yeux, l'extirpation est-elle le meilleur remède qu'il convient d'opposer à ces tumeurs ; rien n'est plus simple d'ailleurs que le procédé à l'aide duquel on l'exécute. Pour cela, le chirurgien, placé du côté de la tumeur, fait, au devant de cette dernière, une incision proportionnée à son volume, et plus ou moins oblique, lorsque la tumeur existe au cou. Il n'est pas nécessaire d'ajouter, je pense, qu'elle doit être dirigée suivant le sens du plus grand diamètre de la tumeur. Une fois les parties qui recouvrent la tumeur incisées, et ce sont, au cou, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le muscle peaussier, les deux facias qui l'enveloppent, le chirurgien, parvenu à la gaîne celluleuse qui emprisonne, pour ainsi dire, le ganglion, incise cette dernière avec précaution, puis glisse le doigt indicateur sous les lèvres de la plaie, les soulève, et les détache dans la plus grande étendue possible, et plus par déchirure que par dissection. Dans le cas où il éprouverait quelque difficulté, un aide écarterait les lèvres de la plaie, et l'opérateur implanterait une pince à airigne dans l'intérieur même de la tumeur, qu'il attirerait

par ce moyen au dehors. Des mouvemens en sens divers contribueront à détacher les adhérences de la tumeur avec les parties voisines ; si elles sont peu intenses, l'énucléation en sera plus facile; dans le cas contraire, l'opérateur, armé d'un bistouri mousse, les inciserait immédiatement et procéderait de la sorte à l'isolement. Le bistouri mousse est ici préférable au bistouri boutonné, qui offre l'inconvénient d'être, à chaque instant, arrêté dans la plaie par la résistance des parties derrière lesquelles son renflement reste engagé ; et, d'un autre côté, le bistouri droit, introduit dans des parties molles et profondes, les blesserait indubitablement et pourrait donner lieu à de graves accidens.

Il arrive quelquefois que la tumeur a contracté des adhérences intimes, solides et profondes, qu'il serait dangereux d'attaquer avec l'instrument tranchant. Il faut, et ce précepte est très important, tirer à soi la masse morbide, afin de la dégager le plus possible, puis jeter derrière elle une ligature fortement serrée, afin de l'opposer à l'hémorrhagie qui pourrait résulter de l'ouverture d'un vaisseau sanguin contenu dans le pédicule, et qui aurait pu être divisé pendant la section.

Quand les ganglions ont leur siége sur les vaisseaux importans, les carotides, ainsi que nous

avons eu occasion d'en observer des exemples, il faut redoubler d'attention pour ne léser ni ce vaisseau ni la jugulaire interne. A cet effet, faites respirer largement le malade pendant l'opération et ne cessez d'avoir les yeux sur l'instrument. Un jour, M. Bégin s'aperçut, à l'instant où il portait le bistouri sur les parties, que la veine jugulaire interne, devenue volumineuse sous l'influence d'un effort fait par le malade, se présentait saillante et distendue sous l'instrument tranchant; elle ne fut heureusement pas entamée.

Les ganglions une fois enlevés, et il n'est pas nécessaire de dire, je pense, que si plusieurs incisions doivent faciliter l'opération, on a dû y recourir, il convient de procéder au pansement (1). Celui-ci ne doit différer en rien de celui des plaies simples, et avoir pour objet le rapprochement et la réunion des parties divisées. Suivant M. Velpeau (2), le vide apporté par l'enlé-

---

(1) Il arrive quelquefois qu'au moment où la pince de Museux s'implante dans le ganglion, celui-ci déjà ramolli se vide en totalité ou en partie; il faut alors disséquer, à l'aide d'un bistouri, les parties les plus saillantes de la tumeur, puis attendre que la suppuration détruise le reste des tissus morbides. Cette manière d'agir amène la cicatrisation toujours plus promptement que lorsqu'on laisse le ganglion s'abcéder spontanément.

(2) *Journal hebdomadaire*, 19 décembre 1835.

vement de la tumeur ganglionnaire s'opposerait à ce qu'on réappliquât les parties, et rendrait nécessaire l'interposition de quantités variables de charpie entre les parois. Cette méthode nous semble devoir provoquer de vives inflammations, des suppurations abondantes et prolongées, et rendre la guérison plus difficile et plus tardive. Qui ne pressent d'ailleurs qu'il est facile de fermer la cavité morbide à l'aide de compresses épaisses qui affaisseront l'espèce de poche que l'enlèvement de la tumeur détermine, et par dessus lesquelles des bandelettes agglutinatives seront appliquées? Ces compresses offrent encore l'avantage de mettre mieux en contact les lèvres de la plaie, et de favoriser par conséquent la réunion immédiate.

QUARANTIÈME OBSERVATION.

Engorgement ganglionnaire de l'aisselle; extirpation. — Guérison.

R***, soldat au 42e de ligne, entre à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 21 mars 1836. Ce militaire, âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament lymphatique, porte, depuis un an environ, dans le creux de l'aisselle une tumeur formée par l'agglomération de plusieurs ganglions, tumeur qui l'incommode seulement depuis quelque temps et

qui semble acquérir chaque jour un volume plus considérable.

Interrogé sur les causes qui y ont donné naissance, ce militaire répond qu'il y a deux ans il s'aperçut qu'il s'était développé dans l'aisselle une petite tumeur, pour laquelle le chirurgien du corps lui avait prescrit des frictions avec l'hydriodate de potasse; que, depuis cette époque, le mal s'était accru insensiblement, et qu'enfin, ne pouvant plus rester sous les armes sans souffrir, il s'était vu forcé d'entrer à l'hôpital.

La tumeur, qui a le volume d'un œuf de poule, est irrégulière, mobile, peu douloureuse au toucher, sans changement de couleur à la peau; mais on ne parvient que difficilement à l'isoler des parties profondes de l'aisselle. L'état général du sujet est d'ailleurs très satisfaisant : les organes digestifs surtout fonctionnent bien.

Le malade mange le quart et la côtelette; des sangsues sont appliquées à différentes reprises; des frictions avec l'hydriodate de potasse sont faites; la teinture d'iode est administrée à l'intérieur; le tout sans aucun succès pendant plus de deux mois. Fatigué de la complète inefficacité de ces agens thérapeutiques, on propose l'extirpation au malade, qui d'abord la refuse, puis finit par y consentir.

L'opération, pratiquée suivant les règles que

nous avons établies plus haut, fut rendue laborieuse tant à cause de la profondeur à laquelle la tumeur était située que par suite de l'existence de deux autres ganglions isolés qu'on fut obligé d'enlever également, afin de ne rien laisser de la maladie. La ligature d'une branche artérielle étant faite, il fut procédé au pansement de la manière que nous avons indiquée, c'est à dire qu'on eut soin de remplacer le vide formé par l'absence de la tumeur à l'aide de compresses graduées, destinées, en même temps, à mettre les parties en contact, à mieux affronter les bords de la solution de continuité, et à faciliter par conséquent leur réunion immédiate.

Le sujet n'éprouva aucun accident, et la guérison était complète le dix-septième jour; résultat auquel, sans contredit, on ne serait point arrivé si, adoptant un autre mode de pansement, la plaie avait été livrée à la suppuration.

QUARANTE-UNIÈME OBSERVATION.

Adénite axillaire; extirpation; hémorrhagie; tamponnnement. — Guérison tardive.

O***, chasseur au 16e léger, entra à l'hôpital militaire le 21 janvier 1836. Ce militaire, âgé de vingt-huit ans, d'un tempérament lymphatique,

d'une constitution assez faible, portait, depuis six mois environ, dans le creux de l'aisselle droite une tumeur qui, sans le faire souffrir, l'incommodait néanmoins dans les mouvemens qu'il était obligé de faire pour le maniement des armes.

Sans changement de couleur à la peau et facile à isoler des parties avoisinantes, cette tumeur, assez semblable à la précédente, quoique moins profonde et plus récente, n'en résista pas moins au traitement antiphlogistique et résolutif dirigé contre elle, et l'extirpation, paraissant le seul moyen possible de guérison, fut exécutée de la même manière que la précédente. De nombreux vaisseaux artériels développés autour de la production morbide exigèrent l'application de plusieurs ligatures. Le sang ayant cessé de couler, le pansement fut pratiqué suivant les règles que nous avons établies; mais, six heures après, une hémorrhagie assez abondante survint et nécessita la levée de l'appareil; le vaisseau, mis à découvert, était profondément situé, et ce ne fut qu'avec peine qu'on parvint à y jeter une ligature. Craignant ensuite de n'avoir pas arrêté toutes les sources du sang, M. Bégin, au lieu de réunir, introduisit dans la plaie un peu de charpie, et exerça de la sorte une compression directe. Le sang cessa entièrement de couler, et le malade ne

fut pansé que quarante-deux heures après. La plaie suppura, et ce ne fut que deux mois et demi après que la guérison fut complète; encore la cicatrice n'avait-elle pas acquis, à cette époque, un degré de solidité bien grand.

Nous ne multiplierons pas davantage les exemples de ce genre; qu'il nous suffise de dire que, sur trente opérations plus ou moins graves ou laborieuses que nous avons vu pratiquer, la guérison a toujours été obtenue.

Nous ajouterons, ce qu'il convient de ne pas oublier, que les tumeurs ganglionnaires sont quelquefois liées à une affection grave des bronches des poumons, ou à une affection scrofuleuse constitutionnelle, et qu'elles doivent alors être scrupuleusement respectées; opérer alors ce serait s'exposer à aggraver l'état du malade et hâter la mort. C'est dans ces cas difficiles que le praticien ne doit jamais perdre de vue l'épigraphe d'une de nos thèses de concours pour le professorat : « *opérer n'est pas guérir.* »

Un autre moyen dont on a fait récemment usage à notre hôpital consiste à ouvrir largement les ganglions suppurés, puis à y introduire un peu de charpie imbibée préalablement de nitrate acide de mercure, de manière à détruire la membrane qui enveloppe la tumeur et lui forme une espèce de kyste. Une escarre proportionnée à l'é-

tendue de la surface cautérisée, à la quantité du liquide introduit et à l'état de concentration de ce dernier est produite en peu d'instans ; puis, lorsque l'inflammation éliminatoire l'a détachée, la cicatrisation est ordinairement assez prompte. Un autre avantage de ce procédé consiste dans la nature de la cicatrice, qui diffère de celles que l'on observe à la suite des ulceres anciens de nature scrofuleuse.

Peut-être serait-il possible de parvenir au même but en ayant recours au cautère actuel ; dans l'un ou l'autre cas, la vitalité du tissu se trouve modifiée, et cette modification nous semble devoir être d'un heureux présage.

§ II. *Thyroïdite-goître.*

Il nous semble convenable de reporter à l'histoire des maladies de l'appareil lymphatique celle des affections de la glande thyroïde, et l'on sait que l'une des plus fréquentes est le goître. Un assez grand nombre de militaires parmi ceux qui composent la garnison de Strasbourg s'en trouvent atteints. La plupart en portaient des traces lors de leur arrivée ; mais il en est cependant un certain nombre qui ont contracté cette maladie dans la garnison elle-même. Il est rare que nous l'observions à un volume considérable, et la

raison en est simple, puisque, lorsque le développement de la glande est assez grand pour s'opposer à l'application du col et résiste aux traitemens rationnels, les soldats sont réformés et retournent dans leurs foyers. Ces cas cependant sont les moins nombreux, et le plus souvent on est assez heureux pour les guérir, sinon complètement, du moins suffisamment pour leur permettre de continuer le service.

M. Bégin attache une grande importance à distinguer les différentes espèces de goîtres, d'après la nature de l'altération du tissu qui les constitue. Ceux qui guérissent le mieux, ou peut-être exclusivement, appartiennent à l'hypertrophie de l'organe et constituent le bronchocèle sarcome de Sauvages. Une foule d'opinions ont été émises et rejetées tour à tour sur cette affection, et il n'est aucune d'elles qui n'ait reçu, s'il est permis de s'exprimer ainsi, un démenti. Aussi est-il vrai de dire qu'un voile, jusqu'ici impénétrable, couvre l'origine du goître ; l'extension violente et forcée de la tête sur le cou, le renversement en arrière de cette partie, le rire, les passions vives, les chants forcés, les eaux provenant de la fonte des neiges, la désoxygénation de l'eau, les alimens grossiers, l'air chaud et humide, la nudité du cou, l'aménorrhée, ou la difficulté de la menstruation, la grossesse, les efforts et les

cris de l'accouchement : toutes ces causes, signalées par les auteurs, n'ont peut-être jamais déterminé la maladie, mais ont pu seulement coïncider avec son apparition. La preuve, selon nous, s'en trouve dans l'impossibilité d'établir une prophylactique du goître qui puisse être considérée comme l'expression de faits bien observés et déduits du mode d'action des causes qui lui donnent naissance. N'est-ce pas d'ailleurs à cette ignorance où l'on est à cet égard qu'il faut rapporter l'insuffisance du traitement, malgré les nombreux remèdes qui ont été préconisés contre le goître ?

Depuis l'éponge marine, recommandée par Arnaud de Villeneuve, jusqu'à l'usage des sachets de Morand; depuis l'antimoine et ses préparations jusqu'à l'*eau préparée* dans les Vosges et recommandée par Percy, il n'est, pour ainsi dire, pas une seule substance qui n'ait eu ses prôneurs; et si l'iode et ses préparations les ont fait en quelque sorte oublier, plus d'un praticien pense, cependant, que l'on a exagéré les propriétés de cette substance. L'incertitude dépend ici de l'ignorance où l'on est des différents états morbides du corps thyroïde; comment, en effet, un même médicament pourrait-il convenir à des maladies de nature diverse ? Comment, par exemple, les sangsues, utiles dans le goître sanguin,

pourraient-elles réussir dans le goitre lymphatique, etc.?

Lorsque le goître est récent, accompagné d'un sentiment de plénitude, d'embarras et de douleur au cou, M. Bégin lui oppose d'abord les évacuations sanguines locales et les applications émollientes; puis il passe aux frictions avec les pommades iodurées, et enfin à l'administration intérieure de la teinture d'iode à dose croissante dans une potion gommeuse. Sur quarante-quatre observations de goîtres de ce genre, plus ou moins anciens, considérables et solides, traités depuis six ans à l'hôpital, vingt-sept occupaient plus spécialement la région latérale droite, six étaient surtout plus développés du côté gauche, onze occupaient la région moyenne.

Chez trente-cinq sujets, la glande thyroïde était, antérieurement à leur séjour à Strasbourg, un peu plus volumineuse; chez neuf, le développement avait eu lieu depuis leur arrivée dans la garnison.

Chez aucun d'eux, le développement n'avait acquis assez de volume pour apporter du trouble dans les fonctions circulatoires ou respiratoires; on sait que ces accidens ne sont pas rares, et que quelquefois l'asphyxie en est le résultat. Notre savant et honorable ami, M. le professeur Forget, a eu l'occasion d'en observer un exemple dont

nous avons parlé dans un autre travail; M. Lullier Winslow en a rapporté un autre exemple, et il y a lieu de croire que c'est à un accident de ce genre qu'a succombé la femme dont Béclard et M. Jules Cloquet ont fait mention, et chez laquelle ils ont trouvé, outre l'injection de la face, la trachée-artère comprimée et son canal à moitié obstrué; on sait, du reste, que c'est à ces goîtres que Fodéré et plusieurs autres écrivains ont donné le nom de goître en dedans.

Le traitement indiqué plus haut a produit les résultats suivans :

Sur quarante-quatre goîtres, trente ont cédé entièrement aux moyens employés dans une moyenne de trente-sept jours; quatre ont guéri imparfaitement, dix n'ont éprouvé aucune amélioration.

Nous ajouterons que les militaires qui ont complètement guéri étaient plutôt d'un tempérament sanguin que lymphatique, que ceux qui n'ont guéri qu'imparfaitement étaient, au contraire, plutôt lymphatiques, tandis que ceux chez lesquels on n'a obtenu aucun résultat étaient d'un tempérament lymphatique très prononcé. Ce n'est pas que nous voulions déduire de cette circonstance que le goître n'est au fond qu'une modification de la maladie scrofuleuse, comme quelques auteurs le pensent, mais le fait nous a

paru assez important pour être signalé. Une autre particularité non moins digne d'être notée, ce nous semble, c'est que la guérison du développement du corps thyroïde a été d'autant plus facile qu'il avait lieu sur les parties latérales; celui du lobe moyen a été, toutes choses égales d'ailleurs, bien plus difficile à guérir. Cette remarque, du reste, avait été faite par l'un des hommes que la chirurgie militaire s'honore d'avoir eu à sa tête pendant longtemps, l'illustre Percy.

Il s'agirait maintenant de préciser la part qu'a eue, à la guérison, chacun des moyens mis en usage; or, pour arriver à ce résultat, nous sommes obligé de remonter aux premières années de notre arrivée à l'hôpital.

Du temps de M. Béclard, les affections goîtreuses, moins communes il est vrai, étaient traitées exclusivement par les préparations iodurées, tant externes qu'internes, et tel était l'insuccès de ce traitement, que M. Béclard y avait presque entièrement renoncé, et renvoyait, la plupart du temps, les militaires à leur corps; on les proposait pour la réforme, si la tumeur avait acquis trop de volume. Nous même, pendant la maladie de cet estimable maître, y avions également renoncé, et nous avions eu recours, non sans quelque avantage, aux émissions sanguines locales. M. Zinck les mit également en usage et

eût à s'en louer, et, depuis l'arrivée de M. Bégin, ce traitement est en quelque sorte général, et les guérisons, comme on le voit, sont assez fréquentes.

Il semblerait résulter, des détails dans lesquels nous venons d'entrer, que l'iode et ses préparations auraient peu d'influence sur la guérison du goître; qu'employée seule surtout, cette substance serait presque sans aucune action, et que, pour être efficace, il faudrait qu'au préalable elle eût été précédée par des émissions sanguines locales; encore ne serait-il pas bien démontré que, dans ce cas, son emploi fût avantageux. Ces résultats sont, du reste, tout à fait opposés aux assertions de M. Ferrus, qui assure avoir retiré de grands avantages de son administration. Loin de nous l'idée de mettre en doute l'exactitude des renseignemens fournis par un observateur aussi consciencieux; qu'il nous soit permis d'espérer seulement qu'on n'aura pas moins de confiance dans ceux que nous avons recueillis publiquement; cette dissidence ne prouve, du reste, autre chose, sinon que le traitement du goître est loin d'être assis sur des bases certaines, et que la science réclame de nouveaux faits à cet égard.

Ce que nous avons dit du goître jusqu'ici n'a guère eu trait qu'au goître hypertrophique ou sanguin, ainsi que l'a appelé M. Tardiveau dans

sa *Dissertation inaugurale*. Dans l'observation suivante, au contraire, il s'agit d'un goître globuleux ou enkysté. Suivant M. Ferrus, cette maladie serait moins un goître qu'une altération particulière du corps thyroïde; quoi qu'il en soit, le fait n'en est pas moins des plus intéressans, et, cette fois, nous le rapporterons en entier, à cause de la particularité qu'il a présentée et qu'il peut être utile aux médecins opérateurs de connaître.

QUARANTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

Extirpation d'un goître globuleux; accident remarquable après l'opération. — Guérison.

R***, chasseur au 16e léger, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 4 juin 1834. Ce militaire, d'un tempérament lymphatique, d'une intelligence obtuse, était atteint d'un goître globulé, qu'il portait, disait-il, depuis sa naissance. A l'en croire, tous les membres de sa famille présenteraient les mêmes difformités.

Quoi qu'il en soit, la tumeur, développée sur la partie antérieure et inférieure du corps thyroïde, se compose de deux lobes distincts : l'un, qu'à cause de sa situation l'on pourrait appeler lobe droit et supérieur, offre une surface arrondie, dure, résistante; il s'enfonce derrière le muscle sterno-mastoïdien droit, d'où une simple pression

suffit pour le faire sortir. Le second lobe, ou lobe gauche et inférieur, est ovoïde, d'une consistance plus molle, et s'enfonce comme le précédent, mais se perd derrière la fourchette du sternum. Les deux lobes, du reste, paraissent ne tenir à la glande que par un pédicule unique, de peu d'étendue. Rien n'est plus facile que de les isoler parfaitement et de les faire remonter jusqu'au niveau de l'os hyoïde.

Le malade se porte d'ailleurs bien, la voix est naturelle, et, sauf l'impossibilité de conserver son col pendant quelque temps sans douleur, il ne se plaint en aucune manière.

Soumis d'abord aux évacuations sanguines locales, puis aux frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse et à l'usage de l'iode à l'intérieur, les tumeurs n'en conservent pas moins leur volume.

Fatigué de l'insuccès de ce traitement, et frappé de la mobilité des productions morbides, ainsi que de la facilité avec laquelle il était possible de les séparer du corps thyroïde, le chirurgien en chef résolut d'en tenter l'extirpation et d'en débarrasser le malade. Il pensait que si, plus tard, la tumeur inférieure prenait de l'accroissement, elle pourrait s'enclaver derrière le sternum, comprimer la trachée-artère et produire de graves acidens. R*** se refusa d'abord à l'opération,

mais bientôt il y consentit. Elle eut lieu le 13 juillet. A cet effet, une incision fut pratiquée à la partie antérieure du cou, depuis la base du larynx jusqu'au sternum. La peau ayant été incisée et les muscles thyroïdiens écartés, les deux lobes vinrent aussitôt faire saillie au dehors; une ligature fut jetée sur leur pédicule, et telle fut la rapidité avec laquelle fut exécuté tout ce manuel opératoire, que l'opération dura à peine deux minutes.

L'étonnement était général; mais tout à coup un sentiment de crainte lui succède : en se retournant vers le malade, M. Bégin s'aperçoit que le cou est le siége d'une intumescence qui croît à chaque instant et menace le sujet d'asphyxie. Son premier soin est de reconnaître si cet engorgement n'est pas dû à une infiltration sanguine de la section d'un ou de plusieurs vaisseaux; mais l'examen le plus attentif ne fait découvrir aucune lésion de ce genre.

La seconde pensée qui survint fut que de l'air sorti du larynx s'infiltrait dans le corps thyroïde; mais l'engorgement était dur, mat, non résonnant, sans crépitation, et manifestement formé par du liquide. C'était une apoplexie thyroïdienne rapide et presque foudroyante.

Le malade est reporté dans son lit; le cou est énorme; ses parties antérieure et latérale sont

considérablement distendues : saignée de seize onces, glace en permanence sur la tumeur. Malgré ces soins, l'engorgement continue à faire des progrès, et la position du sujet s'aggrave d'instant en instant. Cependant il est calme et paraît ne pas se douter du danger attaché à son état. On applique, après la saignée, trente sangsues en permanence; le silence et le repos le plus absolu, la diète la plus rigoureuse sont imposés au malade.

Une heure après, l'engorgement est monstrueux; la face est légèrement violacée, la voix est très altérée, les lèvres sont bleuâtres. Nouvelle saignée de douze onces; le sang coule abondamment des piqûres de sangsues. Le chirurgien de garde passe la nuit auprès du malade, afin de s'assurer de l'application permanente des sangsues et de celle de la glace.

Le 14 juillet, nuit sans sommeil; le gonflement, au lieu de diminuer, semble faire encore de nouveaux progrès. État fébrile léger, peau chaude, langue blanchâtre, voix faible, coloration du visage plus foncée que la veille. Continuation des mêmes moyens.

Le 15, le pouls est très fréquent (cent douze), la tumeur n'augmente plus; il y a moins de tension. Voix toujours faible, déglutition difficile. Mêmes moyens.

Le 16, même état, mais, de plus, inquiétude du malade; état d'anxiété qui imprime à son facies une expression qui rappelle l'état de stupeur des fièvres graves. Quinze sangsues à l'épigastre; limonade.

Le 17, la journée est assez bonne; le mouvement fébrile a diminué; cependant il y a toujours de la stupeur. Continuation des mêmes moyens.

Le 18, décubitus sur le côté gauche; plus de soif, pouls à quatre-vingt-douze, déglutition moins difficile; mais la tumeur conserve son volume. Mêmes moyens.

Le 19, amélioration plus marquée; la tumeur est moins volumineuse, et cette diminution semble surtout prononcée du côté droit; pouls plein et fréquent. Mêmes moyens.

Le 20, la tumeur a encore diminué; pouls à quatre-vingt-huit, moins fréquent et moins fort. Cessation de l'application des sangsues permanentes, continuation de la glace.

Vers deux heures, la tumeur, dans l'espace de quelques instans, prend un volume supérieur à celui qu'elle a jamais présenté. Saignée de huit onces; nouvelles sangsues permanentes.

Le 21, la tumeur est moins volumineuse que la veille au soir; le malade est calme, il a repris de la sérénité; point de soif, pouls à quatre-

vingt-six. Sangsues permanentes, même prescription.

Le 22, diminution de la tumeur; écoulement, par la plaie, d'un liquide séro-sanguinolent, rendu plus abondant par la pression. Plus de sangsues; continuation de la glace.

La tumeur diminue sensiblement; la quantité du liquide qui s'en échappe devient plus abondante. État général satisfaisant; application locale d'eau et de vinaigre.

Le 23, la tumeur est douloureuse au toucher; du pus s'échappe par l'ouverture de la plaie que traversent les fils de la ligature; céphalalgie, pouls à quatre-vingts, mais sans dureté. Retour à l'application de la glace.

Le 24, la tumeur diminue à vue d'œil, mais elle est toujours sensible au toucher; la suppuration répand une odeur fétide. Continuation de la glace; sulfate de quinine, quatre grains dans une potion gommeuse.

Le 26, la suppuration est assez abondante et la tumeur diminue chaque jour. Un peu de diarrhée est survenue pendant la nuit.

Le 27, même état de la plaie, persistance de la diarrhée, eau de riz gommée. Plus d'applications froides, pansement simple.

Le 28, même état de la plaie, persistance de la diarrhée; petitesse du pouls, mais sans fré-

quence, la faiblesse du malade augmente. Limonade vineuse, potion gommeuse.

Le 29, plus de diarrhée, le malade est mieux; limonade vineuse, vin sucré, deux onces, sulfate de quinine, six grains.

Les jours suivans, l'amélioration continue; les alimens sont augmentés, et, le 1er août, la convalescence se prononce; mais elle se prolonge longtemps à raison de la grande faiblesse du sujet et de la lenteur du dégorgement des parties. Ce ne fut, en effet, que dans les derniers jours de septembre que le blessé, complètement guéri, put retourner dans ses foyers.

L'extirpation du goître, proscrite par les membres de l'Académie royale de chirurgie, peut être considérée, à bon droit, comme une des plus graves opérations qu'il soit possible de pratiquer. La situation de l'organe qui en est le siége et le grand nombre des vaisseaux sanguins dont il est pourvu rendent son enlèvement des plus difficiles et presque toujours mortel. Ce n'est pas que le succès n'ait couronné parfois l'entreprise; les faits rapportés par M. Hedenus de Dresde semblent devoir ne laisser aucun doute à cet égard, et sont revêtus d'un caractère d'authenticité bien autrement grand que ceux dont parlent Freytag, Theden, Desault, Giraud de Marseille et Fodéré. Toutefois, en présence des faits malheureux sur-

venus à Dupuytren et à M. Roux, à Brun, au chirurgien cité par Percy, et dont le malade périt d'une hémorrhagie foudroyante, et à une époque antérieure, à Palfin, Marc-Aurèle Séverin, à Gooch, à Desault lui-même, bien que l'éditeur de ses œuvres ait cru devoir passer ce fait sous silence, comme si les revers ne devaient pas être publiés aussi bien que les succès ; comme si, pour les praticiens, les premiers n'étaient pas, en quelque sorte, placés comme des signaux propres à leur faire éviter les écueils contre lesquels leur inexpérience viendrait se briser; toutefois, dis-je, en présence de tous ces faits, n'est-il pas permis de se demander s'il n'est pas prudent de se refuser à l'ablation des tumeurs thyroïdiennes? Nous n'ignorons pas qu'on a fait valoir dans ces derniers temps, en faveur de l'opération, les perfectionnemens apportés aux procédés opératoires, et, entre autres, les modifications que leur a fait subir M. Mayor. Mais nous croyons, maigré cela, avec Albucasis, Paul d'Égine, Petit-Radel, Pelletan, que c'est là une opération qu'il ne faut tenter que comme dernière ressource, toutes les fois surtout qu'il s'agit de l'extirpation complète du corps thyroïde. Lorsqu'au contraire, comme dans l'observation précédente, on a affaire à un goître enkysté, et qui ne tient à la glande que par un pédicule étroit et facile à

isoler, les chances de succès augmentent, et alors la hardiesse est permise. Il faudrait se garder néanmoins de se livrer à une trop grande sécurité. On a pu voir, en effet, par l'observation précédente, à combien d'accidens l'on s'expose toutes les fois que l'on touche à des corps aussi abondamment pourvus de canaux sanguins.

A quelle cause rapporter, du reste, l'intumescence subite du cou et l'état de suffocation auquel le malade faillit succomber? Est-ce à la lésion d'un ou de plusieurs vaisseaux sanguins? Mais le pédicule sur lequel avait été placée la ligature, examiné aussitôt après, ne fit découvrir aucune blessure de ce genre; et, d'ailleurs, des vaisseaux d'un médiocre calibre n'auraient pu, en quelques instans, déterminer un gonflement aussi énorme. Les caractères de la tumeur ne permettent pas de l'attribuer à l'air sorti de la trachée-artère. C'est donc, ainsi que nous l'avons déjà dit, à l'irritation suscitée dans la glande par l'opération, et au raptus sanguin qui en a été la conséquence, qu'il faut l'attribuer. Cette idée n'aura rien que de plausible, si on la rapproche de certains autres faits pathologiques, tels que les congestions linguales, les hémoptysies graves, survenues tout à coup, et même les apoplexies pulmonaires, ainsi que cela a eu lieu dans l'exemple suivant :

Un chasseur du 19e léger entra, dans le mois de décembre 1835, à l'hôpital militaire de Strasbourg, atteint d'un catarrhe léger. Ce militaire, d'un tempérament lymphatique, quoique d'une bonne constitution et n'ayant jamais été malade, est pris tout à coup, le lendemain de son arrivée, vers neuf heures du soir et sans cause connue, d'une douleur très vive dans la poitrine; il appelle aussitôt l'infirmier, et crache du sang en abondance. Le chirurgien de garde, M. Devilliers, accourt, et le malade expire avant qu'il ait pu lui porter aucun secours. A l'autopsie, à laquelle assistèrent les officiers de santé en chef de l'hôpital, on trouva les deux poumons envahis par des foyers apoplectiques, qui donnaient aux portions du parenchyme compromises une apparence marbrée; les bronches étaient remplies çà et là de sang. Ce qu'il y avait de plus remarquable, c'était, sans contredit, l'aspect particulier de l'organe, qui résultait du mélange des portions saines et des portions malades placées à côté les unes des autres sans aucune espèce de transition; à part cette altération, du reste, les poumons étaient sains et ne contenaient aucun tubercule; les autres organes étaient dans l'état normal.

Cet homme avait été levé toute la journée, n'était point sorti de la salle, où régnait une

douce température, et ne se plaignait en aucune manière, au moment où il se mit au lit.

Quelques instans ont donc suffi pour déterminer une congestion sanguine, promptement mortelle, dans les poumons; et en présence des faits de cette nature, rien ne nous semble plus naturel que de concevoir comment un organe aussi vasculaire que le corps thyroïde ait pu, en quelques instans, devenir le siége d'un gonflement aussi considérable. Aucun auteur, à ce que nous sachions, n'avait fait mention de cet accident à la suite de l'extirpation du goître; et, sous ce rapport, c'est un fait qui méritait d'être signalé aux praticiens. Dans quelques cas, la mort dans les opérations du genre de celle qui nous occupe a été déterminée par la section complète des filets nerveux, ou par l'excès des douleurs éprouvées par les malades. C'est là, du reste, il faut le dire, un accident dont, en général, on ne tient pas assez compte dans les grandes opérations. Les malades succombent-ils à l'entreprise, on s'épuise en conjectures sur la cause de la mort : tantôt c'est à une asphyxie due à l'écume trachéale (1), comme si l'écume n'était point ici un symptôme dont la cause a sa source ailleurs que dans les bronches; comme s'il n'était pas reconnu que l'on meurt

(1) *Gazette médicale*, 5 mars 1836.

par le seul fait de la douleur. Les symptômes survenus dans l'acte de la respiration ne sont-ils pas d'ailleurs une conséquence rigoureuse de la lésion éprouvée par les nerfs qui se rendent à la glotte, et notamment le nerf récurrent? Croit-on que la section du nerf récurrent droit, que celle de la grande branche d'anastomose du nerf grand hypoglosse avec les paires cervicales, que la putréfaction et la lividité du nerf récurrent gauche n'ont pas, ainsi que cela a eu lieu dans l'observation de Dupuytren, influé singulièrement sur les phénomènes morbides que le malade a présentés? Que l'on ajoute à ces accidens immédiats l'inflammation d'une large surface traumatique, celle du larynx, de la trachée-artère et du pharynx, les fusées de pus dans la poitrine, à travers le tissu cellulaire du médiastin, dans les cas d'extirpation complète du corps thyroïde, et qu'on traite après, si on l'ose, de chirurgiens timides ceux qui reculent devant ces difficultés. Et, qu'on ne l'oublie pas, tous ces accidens, aussi redoutables que l'hémorrhagie, seule crainte manifestée par quelques auteurs, sont de nature à défier les plus grands talens, et à rendre impuissans les secours les plus actifs de la médecine et de la chirurgie.

Nous croyons donc, pour notre part, malgré l'autorité de Celse, de Dionis, de Réveillé, de

Desault, de Fodéré, que, relativement à l'extirpation complète du corps thyroïde, il est permis de penser avec Lassus et Haller, dont nous reproduisons les paroles : « *An vero in tanto vasorum quæ cum ipsa glandula crescit, in tanta vicina jugularis intensæ venæ, et arteriæ carotidis, in tanta frequentia communicantium, arteriarum thyroidearum superiorum et inferiorum, amputatio inter probabiles operationes sit, ego quidem vehementes dubito.* »

Que, si quelques faits ont prouvé que des mains habiles ont pu prévenir l'hémorrhagie, il n'en reste pas moins alors à surmonter tous les accidens dont nous avons fait mention plus haut. Que l'on compte d'ailleurs ceux que l'opération a guéris et ceux qu'elle a tués, et l'on verra si notre défiance ne repose pas sur des données légitimes.

On sait, enfin, combien il est facile de se tromper sur les résultats de l'opération, en ce qui touche la portion de glande enlevée. C'est ainsi que, dans l'exemple rapporté par Buhal comme un cas d'extirpation complète, il n'y eut, en réalité, d'enlevée, que la partie droite, la seule, du reste, qui fut altérée, et qui offrait les caractères d'une tumeur squirrheuse, blanche, lardacée, contenant un noyau osseux, et de cinq pouces de circonférence environ.

Quant à l'extirpation partielle de l'organe, surtout lorsque la partie affectée est isolée, lâchement unie aux parties voisines, et à base étroite, nous croyons qu'un chirurgien habile peut recourir à l'opération ; que si un accident de la nature de celui dont nous avons parlé survenait, à l'imitation du chirurgien en chef de notre hôpital, l'opérateur s'empressera d'en reconnaître la cause, et si le mal n'est pas dû à l'ouverture d'un vaisseau divisé, il aura recours aux mêmes moyens, et le succès, nous l'espérons, couronnera, comme dans notre observation, une médication aussi rationnelle et aussi énergique.

ARTICLE X. LÉSIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

§ Ier. *Plaies de poitrine.*

Les plaies non pénétrantes du thorax ne doivent point trouver place dans cette revue : leur importance est trop minime pour que nous nous y arrêtions. Il n'en est pas de même des plaies qui franchissent cette cavité, à raison des accidens graves et souvent mortels dont ces blessures sont si souvent suivies. Nous croyons d'ailleurs qu'on ne lira pas sans intérêt les faits que nous avons recueillis à ce sujet, bien que déjà la science en possède d'analogues.

La plupart des plaies pénétrantes de poitrine, traitées dans notre établissement, ont été faites par des instrumens piquans (fleurets démouchetés), deux seulement par instrument tranchant (sabre) et deux par armes à feu (pistolets).

Les plaies faites par des instrumens piquants ont toutes guéri, et cependant plusieurs d'entre elles étaient fort graves; nous nous bornerons à citer les suivantes :

QUARANTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Plaie pénétrante de poitrine; crachement de sang. Saignées copieuses; prompte guérison.

C***, chasseur au 19e léger, âgé de vingt-trois ans, reçut, le 28 janvier 1832, en se battant en duel, un coup de fleuret au dessus du téton droit; l'arme avait pénétré, au dire des témoins, très profondément dans la poitrine. Au moment de la blessure, C*** avait ressenti une vive douleur et s'était écrié *qu'il était mort;* ses camarades, effrayés, coururent à lui, et il se mit à cracher aussitôt une si grande quantité de sang, qu'ils craignirent de le voir étouffer. Un d'eux courut dans un fossé voisin chercher de l'eau, la lui jeta au visage, plongea son mouchoir dans le liquide et le lui appliqua sur la poitrine.

Néanmoins, la toux et le crachement de sang persistaient, et le blessé devenait de plus en plus faible, lorsqu'ils se décidèrent à aller chercher un brancard au corps de garde voisin et à le porter à l'hôpital, où il fut visité immédiatement par le chirurgien en chef.

C*** était alors pâle, presque défaillant et expectorait, de temps à autre, des crachats sanglans; la poitrine rendait un son mat à l'endroit correspondant à la blessure et dans une étendue de trois pouces environ; le corps était froid, le pouls petit, la respiration très embarrassée. Une saignée fut aussitôt pratiquée.

Elle fut suivie d'nn soulagement marqué; néanmoins la respiration était toujours difficile et le crachement de sang n'avait point cessé. Une nouvelle saignée fut pratiquée cinq heures après la première, et une le surlendemain; le blessé alors alla très bien, et vingt jours après, grâce à un régime sévère et à des soins bien entendus, il sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

L'observation suivante est plus remarquable encore. Un sous-officier du 1er d'artillerie à cheval reçoit dans un combat singulier, le 11 mars 1828, un coup d'épée qui traverse d'outre en outre la cavité thoracique. L'arme, entrée au dessus du téton droit, ressort par la partie pos-

térieure de la poitrine entre la cinquième et la sixième vraie-côte.

Conduit à l'hôpital, après avoir craché une grande quantité de sang, il est saigné cinq fois en deux jours, afin de remédier aux graves accidens qui se manifestaient, à la suffocation et l'anxiété, et il sort parfaitement guéri le dix-septième jour après son entrée.

QUARANTE-QUATRIÈME OBSERVATION.

Plaie pénétrante de poitrine par instrument tranchant; division des cartilages des trois dernières vraies-côtes; réunion par première intension; épanchement. — Guérison.

F***, chasseur au 19e léger, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg le 19 décembre 1834. Ce militaire avait reçu, dans la journée, un coup de sabre qui avait divisé les cartilages des trois dernières vraies-côtes droites et avait pénétré dans la poitrine.

Il existe à l'endroit désigné ci-dessus une solution de continuité dont les bords laissent écouler une certaine quantité de sang. F*** est oppressé et rend des crachats sanglans en assez grande abondance. Bien que, d'après le dire des

témoins, l'arme paraisse ne pas avoir pénétré très profondément, la respiration est cependant courte et laborieuse; tout le côté droit de la poitrine, dont les côtes sont manifestement soulevées et écartées, rend un son mat à la percussion et présente un développement considérable : le blessé, qui ne peut rester couché que de ce côté, suffoque pour peu qu'il essaie de se placer sur l'autre. Réunion de la plaie par première intention; trois saignées de douze onces sont faites en moins de vingt-huit heures, et s'opposent au développement des accidens graves qu'on pouvait redouter.

Toutefois la réunion de la plaie n'a pas été complète, et de la suppuration s'établit à ses deux extrémités. A l'angle inférieur, les bouts des deux cartilages divisés sont en rapport, et couverts de bourgeons charnus. Malgré l'état général assez satisfaisant du blessé, la guérison ne se complète cependant pas : il reste faible; le côté droit de la poitrine est toujours bombé, le son y reste mat et une collection de liquide paraît s'y être formée. En examinant les parties avec attention, on aperçoit qu'un peu de pus s'échappe de la fente placée entre les bouts des cartilages; un peu d'éponge préparée y est introduite dans l'intention d'agrandir le passage. Mais ce moyen ne suffisant pas, on se décide à enlever avec l'instrument tran-

chant une portion longue de six lignes, de l'extrémité sternale du cartilage de la septième côte. Cette résection, faite avec beaucoup de ménagement, procure la sortie d'une assez grande quantité de pus sanguinolent.

Une petite bandelette de linge fin est introduite dans le foyer, et la suppuration s'écoule désormais librement par l'ouverture pratiquée.

La matité du côté droit de la poitrine qui, depuis le moment de la blessure, avait toujours été considérable, devient graduellement moindre; la respiration s'exécute plus librement, et le développement, plus grand du côté droit diminue.

Le 2 février, des bourgeons charnus de bonne nature se développent, et la blessure marche vers la guérison; mais telle est la lenteur de ce travail, qu'il ne s'est complètement achevé que le 21 mars, c'est à dire trois mois après l'entrée du blessé à l'hôpital, d'où il sort parfaitement guéri.

Les deux observations qui précèdent celle qu'on vient de lire présentent des exemples des résultats les plus simples que puisse avoir la plaie pénétrante de la poitrine. Ces lésions, lorsqu'elles atteignent profondément le poumon, et surtout quand elles le traversent, constituent toujours, quoi qu'on en ait dit, des blessures graves.

L'extravasion du sang dans les bronches, l'engouement rapide du poumon irrité, l'inflammation consécutive des viscères et de la plèvre, enfin l'épanchement sanguin non résorbé dans la cavité séreuse, tels sont les accidens qui, primitivement ou à des époques plus ou moins éloignées, peuvent causer la mort. La prudence conseille donc, dans les cas mêmes qui semblent les plus simples, de traiter ces blessures avec toute la sévérité et la vigueur qu'on déploierait si des phénomènes graves se manifestaient actuellement. Il s'agit, en pareille occasion, non seulement de combattre, mais encore de prévenir; et c'est souvent faute de n'avoir pas rempli cette dernière indication qu'on a eu des résultats funestes à déplorer.

L'observation qui précède immédiatement ces remarques offre plus d'intérêt. Les cartilages, en effet, avaient été divisés, circonstance qui n'est pas très commune; du sang était épanché dans le côté droit, principalement aux environs de la blessure. Cette circonstance n'empêcha pas la réunion partielle de la plaie; mais lorsque, malgré l'énergie du traitement, on vit que la résorption ne se faisait pas, convenait-il de recourir à l'opération de l'empyème? Cette indication, signalée à la Clinique, fut l'objet de sérieuses réflexions : M. Bégin pensa, toutefois, qu'en faisant à la poitrine une seconde ouverture on compli-

querait la situation du blessé, en même temps qu'on s'exposerait à dépasser les limites du foyer purulent, la matité du son et l'absence du bruit respiratoire n'étant pas des signes infaillibles de son étendue, puisque l'inflammation pulmonaire et les variétés de l'hépatisation s'accompagnent de ces phénomènes. Il pensa, en second lieu, qu'une issue plus large, ouverte, dans la plaie même, au pus qu'on croyait exister derrière la fente cartilagineuse, suffirait pour vider le foyer et amener sa cicatrisation. Cette résection du cartilage costal n'était pas toutefois exempte de quelque danger, à raison de la présence de l'artère mammaire interne et des limites du médiastin; mais ces difficultés furent heureusement surmontées. La bandelette de linge effilée, introduite ensuite dans la plaie, avait pour objet, d'une part, de s'opposer au trop rapide envahissement des bourgeons celluleux et vasculaire, et, de l'autre, de favoriser, en s'en imbibant, la sortie du pus au dehors. La longueur de sa partie extérieure mettait à l'abri des accidens signalés par Fabrice de Hilden et autres, et résultant de la pénétration de tentes de charpie dans la poitrine. Si la résection des cartilages n'eût pas réussi, il avait été décidé que l'opération de l'empyème aurait lieu : le résultat vint heureusement la rendre inutile.

QUARANTE-CINQUIÈME OBSERVATION.

Coup de sabre pénétrant entre la quatrième et la cinquième côte du côté droit; épanchement, menace de suffocation; convalescence. — Mort prompte à la suite d'un effort. — Autopsie : lésion de l'artère intercostale; épanchement considérable dans la poitrine.

L***, fusilier au 53e régiment de ligne, âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution forte, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 1er janvier 1828. Il venait de recevoir, entre la quatrième et la cinquième côte, à peu près vers le tiers antérieur droit de la poitrine, un coup de pointe de sabre d'infanterie (briquet).

A son entrée, on reconnaît, à la partie indiquée du thorax, une solution de continuité d'un pouce et demi d'étendue environ à l'extérieur, mais qui va en diminuant à mesure que l'on pénètre plus avant dans les chairs. L'arme paraît avoir suivi une direction oblique de bas en haut, et s'être rapprochée du bord inférieur de la côte supérieure. Des crachats teints de sang sont expectorés avec douleur; la respiration est haute et ne s'exécute facilement qu'autant que la tête et les épaules sont élevées et

les cuisses fléchies. Le côté de la poitrine correspondant à la blessure paraît un peu plus élevé que l'autre, surtout à sa partie inférieure. Le son est mat dans une grande étendue, et le sujet prétend éprouver une pesanteur très marquée sur le diaphragme.

Le pouls est petit et irrégulier, les extrémités inférieures froides, et le visage pâle; néanmoins, la plaie, débarrassée des caillots qu'elle contient, ne donne passage ni au sang ni à l'air. Ses bords sont aussitôt rapprochés, et la réunion est favorisée par l'application d'un bandage approprié : saignée de seize onces, diète, repos absolu : limonade sulfurique, potion gommeuse.

Le 2 janvier, la respiration est laborieuse, accompagnée de menaces de suffocation, d'angoisses profondes, d'une agitation continuelle : le blessé se plaint d'étouffer, et fait ouvrir toutes les fenêtres; le côté droit de la poitrine a pris un développement considérable, la matité est profonde; les extrémités sont froides, et tout fait craindre une mort prochaine.

Le chirurgien en chef réunit en consultation plusieurs de ses confrères; on propose l'opération de l'empyème; mais la majorité décide qu'il est préférable de recourir à une nouvelle saignée et d'insister sur les antiphlogistiques.

Saignée de douze onces : diète, repos absolu, limonade sulfurique, potion gommeuse ; application de glace sur le côté droit de la poitrine.

Durant la journée, le blessé a failli suffoquer à plusieurs reprises. Nouvelle saignée de dix onces ; à cinq heures du soir, il y a un peu d'amélioration.

Le 3, L*** se trouve mieux ; la nuit n'a pas été aussi pénible que la précédente ; cependant la respiration est toujours laborieuse, le développement de la poitrine considérable et la matité extrême. Nouvelle saignée de huit onces : diète, repos absolu : limonade sulfurique, continuation des applications froides.

La journée est assez bonne, la respiration cesse d'être suffocative. La chaleur revient aux extrémités ; le malade est plus calme et reste en repos.

Le 4, la respiration est plus facile, le pouls plus rapproché de l'état normal, la chaleur du corps naturelle : diète, repos absolu, limonade sulfurique. Cette amélioration se continue le lendemain ; mais, le 6, après une nuit agitée, on trouve le pouls plus fréquent (quatre-vingt-seize), plus fort ; la pommette droite est colorée, la respiration plus difficile. L*** éprouve une douleur assez vive et profonde dans le côté droit de la poitrine : la plaie n'est point encore réunie. Saignée de huit

onces, quatre ventouses scarifiées, diète, eau gommeuse, émulsion (bis), pédiluves sinapisés. Ces médications font de nouveau rétrograder les accidens, et la convalescence ne tarde pas à suivre.

Le 9, le blessé, sauf la persistance d'une légère oppression, la matité et le développement plus considérable du côté droit de la poitrine, semble dans l'état le plus satisfaisant ; la plaie est presque entièrement réunie, l'appétit est prononcé : bouillon maigre et pruneaux matin et soir, mêmes boissons.

Du 17 au 25, la plaie se cicatrise entièrement, et si la matité est toujours la même, cependant l'évasement thoracique diminue.

Le blessé ressent un appétit très vif; la respiration est presque naturelle, même pendant le décubitus sur le côté gauche : quart matin et soir ; riz au lait et pruneaux ; vésicatoire sur le côté droit du thorax.

Du 25 au 31, le côté droit de la poitrine diminue chaque jour; mais la matité persiste.

Du 1er février au 7, la matité est moindre, surtout à la partie supérieure du poumon. L'évasement est à peine sensible : demie, viande et légumes le matin, quart et riz au lait le soir; mêmes boissons.

Du 7 au 15, la matité a disparu dans toute la

moitié supérieure; il en existe encore un peu dans la moitié inférieure, surtout vers le diaphragme. Le malade se couche indifféremment sur les deux côtés de la poitrine. Il demande à sortir.

Le 17, L***, en causant de son accident avec quelques uns de ses camarades qui étaient venus le voir, se félicite de sa sortie prochaine et plaisante avec eux; puis tout à coup, en faisant effort pour soulever un d'eux, il tombe et est pris aussitôt de suffocation. Porté immédiatement dans son lit, il est saigné aussitôt par le chirurgien de garde; mais les secours les plus prompts lui sont vainement administrés : il meurt suffoqué à dix heures du soir.

Autopsie du cadavre, trente-deux heures après la mort.

Méninges et encéphale. Les sinus de la dure-mère sont gorgés d'un sang noir et liquide : les méninges et le cerveau sont sains.

Poitrine. A l'extérieur, le côté droit de la cavité thoracique est très développé, donne un son mat dans toute son étendue, et le foie descend beaucoup plus bas que dans l'état normal. La blessure, examinée avec attention, ne présente rien de remarquable dans les couches extérieures; on s'arrête aux muscles intercostaux, afin d'être

plus sûr de ne rien déranger aux parties internes. La poitrine est ensuite ouverte avec précaution; mais à peine une issue est-elle pratiquée à cette cavité, qu'une quantité considérable de sang s'en écoule. Ce liquide, dont une faible partie est à peine coagulé, remplit tout le côté droit du thorax; sa quantité est évaluée à quatre litres et demi. Le poumon est effacé et réduit au plus petit volume; on y trouve une cicatrice superficielle, qui paraît être le résultat de la blessure dont cet organe a été le siége lors du combat de L***.

On examine ensuite avec le plus grand soin les parois thoraciques, et l'on arrive à reconnaître que l'artère intercostale a été atteinte obliquement par le tranchant de l'instrument, et divisée dans un peu plus du tiers de sa circonférence. Les bords de la solution de continuité de ce vaisseau sont rouges et un peu ramollis : cette rougeur se propage dans une certaine étendue sur la membrane interne. Le poumon gauche est sain; il en est de même du cœur et des bronches.

Abdomen. Tous les viscères gastriques sont dans l'état normal; le foie seul descend plus bas à raison du refoulement du diaphragme. Il contient, ainsi que la rate, un peu plus de sang que dans l'état naturel. Organes génito-urinaires sains.

Cette dernière observation offre un exemple de la lésion de l'artère intercostale, accident qui, pour n'être pas commun, n'est cependant pas aussi rare que l'a prétendu un des vétérans de la science.

La coïncidence de l'ouverture de ce vaisseau et de la blessure du poumon doit être signalée, à raison de la double source qui présidait à l'épanchement thoracique et de la difficulté qui en serait résulté pour le diagnostic, si l'on eût incisé le trajet de la plaie, afin de mettre à nu le vaisseau ouvert. Cet épanchement était si considérable, d'ailleurs, qu'il a failli tuer le malade dans les premiers instants. Les saignées abondantes et répétées ont été, dans ce cas, comme presque toujours, d'une efficacité presque merveilleuse, et l'on conçoit difficilement comment nos confrères de la Grande-Bretagne peuvent nous reprocher de trop saigner nos blessés atteints de plaies pénétrantes de poitrine. L'expérience générale démontre que, trop souvent encore, nous péchons, au contraire, par excès de timidité.

Ce qui est important dans le fait dont on vient de lire l'histoire est la réouverture de l'artère intercostale blessée, et la formation instantanée d'un second épanchement mortel, après une cicatrisation complète de la solution de continuité, la ré-

sorption de l'épanchement primitif, et deux mois écoulés depuis l'accident. Combien de pareils faits ne doivent-ils pas imprimer de réserve dans le pronostic et de prudence dans le traitement des plaies de poitrine? Qui pourrait y méconnaître l'influence des mouvemens du cœur et des efforts sur la circulation? Le fait suivant présente avec celui-ci trop d'analogie, et en reçoit trop d'intérêt, pour que je puisse me résoudre à le passer sous silence.

QUARANTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Plaie pénétrante de poitrine par instrument piquant; convalescence; épanchement consécutif; guérison.

F***, sergent-fourrier au 19e léger, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 27 novembre 1835, pour un coup de fleuret qu'il avait reçu en duel six heures auparavant. Au dire des témoins et du blessé, l'arme avait pénétré fort avant dans la poitrine en se dirigeant de bas en haut; une petite plaie irrégulière existait au dessous et un peu en dehors du sein droit.

Presque aussitôt après l'accident, le blessé avait expectoré des crachats sanglans en abondance, et ressenti une dypsnée extrême; actuel-

lement, l'expectoration est ralentie, la toux n'existe que de temps à autre; mais la respiration est difficile, et le côté du thorax correspondant à la blessure rend un son mat à la percussion. Saignée de seize onces : six ventouses scarifiées autour de la plaie, qui est recouverte d'un morceau de diachylon.

Le 28 novembre, la nuit a été agitée; la dypsnée et la matité persistent; les crachats sanglans sont plus rares. Saignée de huit onces : quatre ventouses scarifiées, fomentations émollientes locales.

Le 29, le malade est très bien; plus de crachats sanglans, plus de dypsnée, presque plus de matité. Cet état d'amélioration fait des progrès tellement rapides et sûrs en apparence, que, le 4 décembre, on accorde au blessé sa sortie, avec quelques jours d'exemption de service. Ce jour-là même, neuf jours après la blessure qui était entièrement consolidée, F***, en se baissant pour ramasser quelque chose avec le bras droit, ressent dans le même côté de la poitrine, au niveau de la quatrième et de la cinquième côte, une douleur subite, qui augmente graduellement, et est suivie, presque aussitôt, du développement, à l'endroit de la blessure, d'une tumeur sanguine, oblongue, et oblique de haut en bas et d'avant en arrière, dans une étendue de six pouces environ. La base du côté droit de la

poitrine rend un son mat à la percussion. Cependant la respiration est naturelle, le blessé tousse à peine, malgré l'épanchement qui vient de se former. Une saignée de huit onces est aussitôt pratiquée, et des fomentations résolutives appliquées sur le côté malade. Le lendemain, on ajoute à cette médication six ventouses scarifiées; diète, boissons adoucissantes.

Le 6 décembre, le pouls est plus fréquent; la pommette droite est un peu colorée; il n'y a pourtant pas de dyspnée, et le malade ne tousse pas plus que la veille; la matité est la même : quatre ventouses scarifiées; diète, boissons adoucissantes.

Le 7, la résolution du sang épanché à l'extérieur s'opère, mais on s'aperçoit que le côté de la poitrine correspondant à la blessure est plus évasé que l'autre.

Le 8, six nouvelles ventouses scarifiées; diète, boissons adoucissantes : la matité est moindre; il n'y a plus de toux; bouillon maigre et pruneaux, boissons adoucissantes.

Le 9, durant la nuit, le malade a été réveillé plusieurs fois par la toux; il existe plus de matité que la veille; légère dyspnée, six ventouses scarifiées à la partie postérieure et à la base de la poitrine; pruneaux matin et soir, boissons adoucissantes.

Le 10, il y a de l'amélioration ; la nuit a été bonne ; respiration naturelle , plus de toux ; bouillons maigres, pruneaux, boissons adoucissantes.

Le 11, l'amélioration continue; le champ de la matité diminue; appétit prononcé, soupe maigre et pruneaux. Depuis le 12 jusqu'au 18, la matité alla en diminuant et il n'en restait presque plus le 20, jour où le malade demanda instamment à sortir de l'hôpital.

Nous avons revu le blessé quelque temps après, et il ne se ressentait plus de son accident.

QUARANTE-SEPTIÈME OBSERVATION.

Plaies de poitrine par armes à feu ; accidens graves ; opérations de l'empyème ; mort du blessé (1).

D***, maréchal des logis au 1er régiment d'artillerie à cheval, âgé de trente-deux ans, d'une constitution robuste, reçut, le 21 avril 1828, dans un combat singulier, un coup de feu qui, après avoir traversé la face antérieure et inférieure

(1) Observation recueillie par M. le docteur Goffre, aujourd'hui chirurgien-aide-major au 7e régiment de dragons.

de l'avant-bras, sans toutefois produire de solution de continuité aux parties dures de cette région, fractura le sternum à la réunion de son tiers inférieur avec le tiers moyen, s'engagea dans la poitrine, sortit de cette cavité près de l'aisselle du côté gauche, s'enfonça dans le deltoïde, en pénétrant par le bord interne de ce muscle, puis vint enfin sortir à sa partie moyenne et interne. La balle, en parcourant ce long trajet, a fait six ouvertures et fracturé le sternum, ainsi que les troisième et quatrième côtes gauches; à ces circonstances, il fut facile de se convaincre que la distance entre les deux combattans avait dû être très rapprochée, et, en effet, ils n'étaient placés qu'à dix pas l'un de l'autre. Une hémorrhagie considérable, et une syncope profonde et prolongée, avaient suivi immédiatement la blessure.

A l'arrivée du blessé à l'hôpital, il avait complètement perdu connaissance; la face était pâle, les lèvres décolorées, le regard terne et mourant, le refroidissement général; la vie paraissait près de s'éteindre. Le premier soin du chirurgien de garde, à la vue de ces symptômes, fut de rechercher, par des frictions, à rappeler la chaleur en même temps que les mouvemens du cœur. Le blessé ayant repris connaissance, on put procéder à l'examen plus exact des blessures; des bulles

d'air s'échappaient avec bruit par l'ouverture latérale et supérieure, près de l'aisselle, c'est à dire par l'endroit correspondant à la sortie de la balle. Le doigt introduit dans cette solution de continuité y fit reconnaître une fracture avec esquilles des troisième, quatrième et cinquième vraies-côtes, esquilles qui irritaient le poumon et semblaient occasionner la douleur que le blessé ressentait en cet endroit. Du sang s'écoulait encore, et, selon toute apparence, provenait du parenchyme pulmonaire dilacéré. Des pinces introduites avec précaution dans la plaie servirent à relever les fragmens; quant à la plaie du sternum, elle était plus large que cette dernière, et l'un des doigts de la main, y ayant été introduit, servit également à relever quelques portions d'esquilles qui étaient encore adhérentes à l'os lui-même; du reste, il s'écoulait moins de sang par cette ouverture que par celle de la partie supérieure et latérale.

Quant aux symptômes généraux, après l'absence du pouls, un des plus inquiétans était la persistance du froid qui avait atteint toutes les parties du corps; il était tel qu'il fallut plus de deux heures employées à faire des frictions sèches et à placer des couvertures chaudes pour réchauffer le malade; du reste, il y avait une gêne extrême de la respiration; le malade éprouvait

dans la poitrine les douleurs les plus vives, tout le long du trajet de la balle. Ces douleurs s'accroissaient sous l'influence du mouvement respiratoire, au point de provoquer des cris déchirans.

Huit heures après, une réaction assez forte ayant succédé à l'état d'insensibilité du malade, on vit les mouvemens du cœur s'accroître avec énergie et réclamer, dans la crainte d'une excitation générale, une saignée du bras de huit onces, qui ne fut suivie d'aucune amélioration. Il y a plus, le pouls, que l'on sentait battre avec assez d'énergie, près de l'articulation radio-carpienne, cessa alors d'être perceptible. Le refroidissement redevint général, le malade perdit de nouveau connaissance, et tout fit craindre, un moment, une mort prochaine, à laquelle on opposa successivement les frictions sèches, les sinapismes et les vésicatoires dont le corps fut, pour ainsi dire, couvert. A onze heures du soir, tout paraissait désespéré; à une heure du matin, au contraire, la chaleur paraissait voisine de celle de l'état naturel, la respiration était moins anxieuse, les douleurs thoraciques tolérables, les mouvements du cœur manifestes, mais le pouls était toujours insensible.

Ce mieux-être inespéré se prolongea jusqu'à la visite du matin, pendant laquelle le blessé,

au grand étonnement de ceux qui l'avaient quitté la veille au soir, répondit parfaitement à toutes les questions qui lui étaient adressées. Il n'accusait qu'une grande faiblesse et une douleur assez vive dans la poitrine, suivant le trajet de la blessure.

Dans l'intention de les calmer, on eut recours à une application de quinze sangsues, sur toute l'étendue de la partie correspondante. L'air sortait toujours par la partie supérieure et latérale du thorax, le pouls était toujours petit; le malade fut mis à la diète la plus sévère, il lui fut recommandé de garder un silence et un repos absolus, et on lui prescrivit en même temps des boissons adoucissantes.

Le 23, D*** se plaint de nausées, de vomissemens; la langue est sèche et rouge sur les bords : il a de la céphalalgie et de la soif; il éprouve des lassitudes dans les membres; la peau est sèche et brûlante; le pouls est toujours très faible et les battemens du cœur sont embarrassés; le stéthoscope démontre qu'il existe de la matité dans la partie postérieure et inférieure du côté malade. Bien que les douleurs pectorales aient diminué, la respiration est toujours difficile.

Diète absolue, quinze sangsues sur l'épigastre, fomentations émollientes sur l'abdomen; limo-

nade gommeuse, deux potions gommeuses, potion anodine pour le soir.

Le 24, mieux-être sensible; les nausées et les vomissemens ont disparu, la langue est humide, la peau moins sèche et moins brûlante. D*** est moins inquiet, il n'a plus de soif et demande à manger. Les jours suivans, la respiration est de moins en moins difficile, le pouls acquiert plus de développement. Un peu de suppuration commence à se faire jour par la plaie latérale et supérieure du thorax ainsi que par celle du sternum; rien de remarquable dans les autres solutions de continuité.

Le 27, le blessé, à qui, malgré ses instances, on a refusé les alimens qu'il sollicitait, éprouve des vomissemens; la langue est sèche et rouge, la soif prononcée, la peau chaude et aride, le pouls fréquent. Tout porte à penser que quelque imprudence a été commise. Diète absolue, limonade gommeuse, fomentations émollientes, lavement émollient.

Le 28, à la levée de l'appareil, une grande quantité d'air s'échappe par la plaie du voisinage de l'aisselle, et cette évacuation est aussitôt suivie d'une difficulté extrême de respirer, qui va ensuite s'affaiblissant et disparaît une heure après. D'ailleurs, les symptômes gastriques de la veille

ont entièrement cessé, et le blessé redemande des alimens. Du bouillon de poulet est accordé; un peu de vin est ajouté à la limonade; les autres prescriptions sont continuées.

Sous l'influence de ce traitement, on vit successivement les forces renaître, la suppuration s'établir, puis devenir abondante, et quelques fragmens osseux s'échapper. Le blessé éprouva quelques alternatives de mieux-être et d'accidens inflammatoires, qui ralentirent la marche du travail réparateur. Des injections avec l'infusion de fleur de camomille, puis avec la solution très étendue de chlorure de chaux furent faites dans le trajet de la plaie, afin d'entraîner le pus qui semblait y séjourner et de remédier à son odeur légèrement fétide. Les plaies de l'avant-bras et du bras se cicatrisent; celle du sternum se rétrécit et se ferme; la suppuration ne s'écoule plus qu'en médiocre quantité par l'ouverture thoracique externe, près de l'aisselle.

On atteignit ainsi le 14 mai, vingt-troisième jour depuis la blessure. Depuis quelque temps, on croyait s'apercevoir que les cinquième, sixième, septième et huitième côtes se soulevaient; le son, au dessous d'elles, était mat, et il sembla que du pus s'y réunissait en foyer. On redoubla de soins pour faciliter sa sortie; mais,

malgré les injections et la situation convenable donnée au blessé, le soulèvement devint graduellement plus marqué; des crachats de nature suspecte sont rendus ; les forces, qui s'étaient augmentées, diminuent de nouveau; la respiration devient difficile, la toux fréquente; les nuits sont sans sommeil. Le 17 mai, on cherche, mais sans pouvoir y réussir, à introduire dans le foyer, qui semble considérable, une sonde en gomme élastique; des cataplasmes, placés sur la poitrine de manière à recouvrir la plaie et la saillie costale, produisent un soulagement peu marqué et passager. Les explorations sont renouvelées cinq fois et toujours sans succès. Le blessé est fort amaigri, mais ses forces ne sont pas épuisées, et, le 24, on se décide à ouvrir la poitrine sur la partie la plus saillante, entre les sixième et septième côtes sternales.

Cette opération, qui ne présenta rien de particulier, donna d'abord issue à une assez grande quantité de gaz, puis à un pus abondant, extrêmement fétide, mêlé à des caillots sanguins altérés. Mais un autre phénomène ne tarda pas à se produire.

Le malade avait supporté l'opération sans pousser un seul cri ; à peine les gaz et le pus s'étaient-ils fait jour à l'extérieur, que tout à coup il est pris d'une impossibilité absolue de dilater

la poitrine. En vain le malheureux veut exécuter le plus léger mouvement d'inspiration, une constriction insurmontable des parois thoraciques semble s'y opposer, et alors on voit tous les muscles du tronc entrer pour ainsi dire en convulsion, afin de concourir à la réalisation d'un besoin si pressant. J'étouffe, répétait le malade...; sa voix était brève et entrecoupée, le pouls irrégulier et l'anxiété au comble; toutefois, la suffocation diminue peu à peu, et l'inspiration commence à s'opérer comme antérieurement. On introduit une bandelette de linge dans l'ouverture, et on panse simplement.

Les jours suivans, le blessé accuse une grande faiblesse; le pouls est petit et fréquent, la toux fatigante; puis la respiration devient difficile. Cependant, la suppuration à la plaie inférieure est abondante, les crachats cessent d'être purulens; mais les forces ne se relevaient pas, l'épuisement au contraire fit des progrès, jusqu'à ce que, le 30, un peu de délire se manifesta durant la nuit.

Le 31, la partie gauche du thorax était immobile, les yeux caves, les extrémités froides, et la mort eut lieu le 1er juin.

Autopsie du cadavre, trente heures après la mort.

Habitude extérieure. Le corps est très émacié.

Méninges et encéphale. Les méninges et le cerveau ne présentent rien de particulier.

Poitrine. L'ouverture de la cavité thoracique est faite avec le plus grand soin, et on découvre les altérations suivantes :

Le cœur et le péricarde sont intacts; la balle a passé en dehors de ces organes importans. Le poumon gauche est adhérent à la plèvre dans le tiers supérieur de son étendue environ; la membrane séreuse, à cet endroit, est très épaisse.

Le parenchyme pulmonaire est, dans cette région, complètement hépatisé en rouge. Le reste de l'organe pulmonaire ainsi que la plèvre correspondante présentent des altérations diverses, suivant la hauteur à laquelle on les examine. Il existe dans la direction que la balle a suivie, c'est à dire environ à dix lignes de profondeur du poumon et dans une étendue de deux pouces huit lignes environ, un trajet rempli d'une couche peu abondante de pus de mauvaise nature, et qui semble reposer sur une membrane analogue à celle que l'on rencontre dans certains abcès. Quant à la portion du poumon comprise entre ce que nous appellerons la paroi extérieure du trajet et la partie antérieure du thorax, elle présente une cavité, formée par l'ancien foyer purulent de la plèvre, divisée par le fait de ses adhérences partielles en plusieurs cavités. Tout

à fait en bas, la plèvre est de nouveau adhérente au poumon, de manière à circonscrire une cavité moyenne, où le pus s'est réuni. Enfin, des abcès existent dans différentes portions de l'organe pulmonaire, comprises au dessous du tiers supérieur de l'organe; deux seulement de ces abcès sont réunis en foyer; sur les autres points la suppuration paraissait plutôt infiltrée dans le parenchyme; celui-ci offre, en ces endroits, une couleur grisâtre, et en le pressant légèrement on voit le pus s'en écouler en quantité assez abondante. Dans d'autres parties on est obligé au contraire de presser le tissu de l'organe, pour arriver au même résultat.

Les ouvertures thoraciques par lesquelles la balle était entrée et sortie n'ont rien présenté de remarquable.

Le poumon droit est sain; quelques adhérences existent entre lui et la plèvre.

Les bronches contiennent une certaine quantité de mucus purulent, leur tissu paraît dans l'état normal.

Abdomen. — Quelques traces de phlegmasie chronique existent dans le grand cul-de-sac de l'estomac, et près de la valvule iléo-cæcale; cette dernière portion de tube digestif paraît avoir été jadis le siége d'une inflammation aiguë. Le foie est plus volumineux que dans l'état naturel;

son tissu est gorgé de sang; la rate est un peu ramollie; les organes génito-urinaires sont sains; les plaies de l'avant-bras et du bras gauche sont cicatrisées, celles de la poitrine, au contraire, suppurent encore et présentent l'état décrit plus haut.

Dans une autre circonstance, chez L***, sergent au 18e de ligne, blessé d'un coup de feu, dans le courant du mois, les efforts de l'art furent couronnés de plus de succès. La balle était entrée en avant, entre les troisième et quatrième côtes, et ressortie en arrière, en dehors, et non loin de l'angle de la septième, qu'elle avait fracturé. Malgré la gravité de cette blessure, les accidens ne furent pas très intenses; le traitement antiphlogistique suffit à la maîtriser, et la guérison était presque complète le 25 mars. Le blessé ne conservait alors qu'un peu de toux, et n'expectorait qu'à des intervalles très éloignés quelques crachats purulens.

Enfin, dans un troisième cas, un officier d'infanterie, qui avait reçu, dans le courant d'octobre 1831, une balle dans le côté droit de la poitrine, mourut le troisième jour, malgré tous les secours de l'art, et bien que la balle, entrée en avant entre la quatrième et la cinquième côte, et sortie en arrière, près de l'apophyse transverse de la huitième vertèbre dorsale, n'eût intéressé

que la plèvre et poumon, sans provoquer d'autre désordre qu'un épanchement d'environ quatre onces de sang dans la poitrine.

On est frappé de la diversité du résultat dans ces trois cas, si parfaitement analogues, d'ailleurs, et soumis au même mode de traitement. Mais c'est que la sensibilité de l'homme varie presqu'à l'infini, c'est qu'il a des sympathies développées ou obtuses, qui ne lui permettent pas de supporter, de la même manière l'action des mêmes causes morbides, se développant des mêmes inflammations; aussi les maladies diffèrent-elles, quant à leurs symptômes et à leurs dangers, non seulement d'après leur intensité, mais aussi d'après les conditions organiques des sujets qui en sont atteints.

L'observation de D*** présente, relativement à l'opération de l'empyème, un intérêt réel; on se demande si l'ouverture de la poitrine a été faite assez tôt. Dès que le soulèvement des côtes, la matité du son sur ce point, les alternatives de mieux-être et de rechutes indiquèrent la présence du pus, et surtout lorsqu'il devint manifeste que la résolution ne pouvait être obtenue, n'y avait-il pas lieu à opérer? Les inflammations partielles qui ont successivement envahi, hépatisé et rempli de pus la totalité du poumon droit n'auraient peut-être pas eu alors le temps de se

manifester ; et des désordres moins profonds existant dans la poitrine, le malade aurait eu plus de chances de guérison.

Les faits suivans, qu'on nous saura gré, sans doute, d'insérer ici, à l'époque où l'Académie royale de médecine vient de consacrer plusieurs séances à des discussions sur l'opportunité ou l'inopportunité de l'opération de l'empyème, nous semblent propres à indiquer jusqu'à quel point cette conjecture peut être fondée.

QUARANTE-HUITIÈME OBSERVATION.

Pleurésie aiguë terminée par suppuration; opération de l'empyème. — Guérison.

Un militaire du 2e léger, âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, fut pris, dans le courant du mois de septembre 1828, à la suite d'un refroidissement, d'une inflammation des plus intenses de la plèvre. Il avait été transporté à l'hôpital vingt-quatre heures après le début de la maladie, et malgré le traitement antiphlogistique le plus énergique et la médication révulsive la plus rationnelle, l'affection, en moins de trois semaines, s'était terminée par un épanchement qui menaçait, de temps à autre, de suffoquer le malade.

Ce dernier présentait, au moment où nous fûmes appelés pour pratiquer l'opération, les symptômes suivans : il ne peut rester couché que du côté de l'épanchement (c'est le gauche); s'il se remue avec trop de précipitation, il est pris de suffocations et il lui semble entendre, dit-il, un bruit analogue au flot d'un liquide. La forme extérieure de la poitrine est manifestement altérée : le côté gauche est plus développé, et ce caractère, sensible à la première vue, l'est bien plus encore quand on regarde la poitrine par la partie postérieure. Le bruit respiratoire est entendu dans tout le côté droit, et nul dans la partie opposée; la courbure des côtes est augmentée, les intervalles intercostaux un peu élargis; l'hypochondre correspondant au côté de l'épanchement est un peu tuméfié; la voix est faible, basse; le pouls est déprimé; les mouvemens du cœur offrent le même caractère et sont à peine sensibles; enfin le côté gauche de la poitrine rend un son mat dans toute son étendue. Le malade cependant avait conservé des forces; son moral surtout ne laissait rien à désirer.

L'opération qu'il sollicitait vivement fut pratiquée par nous d'après les règles ordinaires, entre les troisième et quatrième fausses-côtes. A peine la poitrine fut-elle ouverte, qu'il en sortit une quantité énorme de matière purulente, laquelle

fut évaluée à quatre litres. On entendit en même temps un bruit particulier, signe de la pénétration de l'air dans l'intérieur de la cavité. Cependant on crut reconnaître qu'à mesure que la poitrine se vidait, le poumon se laissait dilater par l'air inspiré, et tendait à reprendre son ressort dans le thorax. Du reste, l'opération se prolongea pendant vingt minutes, afin de ne pas vider trop vite la poitrine; le malade se trouva beaucoup soulagé et se crut guéri du moment où il put respirer plus à son aise.

La matière étant écoulée, nous introduisîmes dans la plaie une bandelette de linge effilé, de manière à faire pénétrer une de ses extrémités jusque dans la cavité pectorale; une compresse fenêtrée fut mise par dessus, puis un plumasseau; quelques compresses et un bandage de corps complétèrent l'appareil.

Le repos le plus parfait et le silence le plus absolu furent prescrits au malade, qui dormit quatre heures, immédiatement après le pansement, et ne se réveilla que pour demander à manger.

Le lendemain matin, il était assez bien; néanmoins il sortit encore par la plaie une quantité assez considérable de pus.

Pendant plus de quinze jours, le pansement fut fait toutes les douze heures; puis, la quantité

de matières purulentes étant devenue moindre, on renouvela l'appareil seulement toutes les vingt-quatre heures.

Le malade fut d'ailleurs soumis au régime légèrement fortifiant et aux soins hygiéniques les mieux entendus. Il fit d'abord usage de bouillon, puis de potages au riz et à la semoule, d'œufs à la coque, mangea enfin la côtelette et but, à ses repas, du vin rouge, en petite quantité.

Les boissons adoucissantes, pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, furent choisies dans la classe des diurétiques et des diaphorétiques. Le malade se trouva si bien de ce traitement, que, deux mois après l'opération, il ne sortait plus par la plaie qu'une très petite quantité de pus, et que l'on pouvait le considérer comme guéri. Cependant il resta encore pendant trois semaines environ à l'hôpital, et en sortit le 20 novembre, pour aller en convalescence.

A cette époque, ce militaire, dont l'embonpoint était revenu, n'était point encore complètement guéri : un peu de sérosité purulente s'écoulait encore, chaque jour, par la plaie et l'obligeait à placer sur cette dernière quelques pièces de linge, pour absorber l'humidité qui en résultait.

Du reste, le côté de la poitrine correspondant à l'épanchement était affaissé, et les côtes présen-

taient un phénomène inverse à celui qu'elles offraient avant l'opération.

Elles avaient, en effet, perdu de leur courbure, étaient devenues obliques; les intervalles intercostaux avaient diminué, et la paroi thoracique paraissait aplatie.

Le malade, de retour à son corps, après avoir passé trois mois dans son pays, s'est présenté à nous et était alors parfaitement guéri : la fistule avait cessé d'exister, et la cicatrisation était complète. Seulement, l'affaissement de la poitrine était plus considérable encore qu'à l'époque où il avait quitté l'hôpital, et le chirurgien du corps songeait à le faire réformer à la première inspection.

QUARANTE-NEUVIÈME OBSERVATION.

Pleurésie suivie d'épanchement; opération d'empyème. — Guérison.

L***, du 39e de ligne, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg en 1826, atteint de pleurésie chronique avec épanchement considérable dans le côté gauche du thorax. Non seulement ce côté de la poitrine était bombé et l'intervalle des côtes élargi, mais le décubitus était impossible du côté sain, la respiration difficile, la voix basse et faible, le pouls déprimé. A tous ces phénomènes

se joignaient le son mat du côté malade et une déviation du cœur à droite, constatée par tous les assistans, et tellement évidente, que le malade lui-même avait été le premier à s'en apercevoir; du reste, les mouvemens de cet organe étaient faibles.

Les résolutifs ayant été employés sans aucun succès, on eut recours à l'opération de l'empyème; mais cette fois le liquide ne fut point évacué en totalité. Il était d'ailleurs séro-purulent et l'on y remarquait quelques flocons blanchâtres.

L'évacuation du pus s'étant faite successivement, le malade éprouva, un jour, un mouvement singulier dans la poitrine, puis s'écria presque aussitôt, en tendant les bras vers le médecin, que son cœur était revenu à sa place.

La convalescence fut des plus longues; cependant le malade y survécut, et à l'époque où il partit pour la Franche-Comté, en convalescence, il portait encore une fistule à la poitrine; revenu plus tard à Strasbourg, et moins oublieux que la plupart de ceux auxquels nous prodiguons nos soins, il s'empressa d'aller remercier celui que, dans son langage naïf et vrai, il appelait son sauveur; il était alors parfaitement guéri (1).

---

(1) Nous devons à l'obligeance de M. le professeur Tourdes la communication du fait suivant : un militaire

Ces deux observations, que nous aurions vraisemblablement passées sous silence malgré le succès qui a couronné l'opération, acquièrent peut-être quelque valeur dans le débat soulevé par notre savant ami, M. le docteur Raymond Faure, à propos de la paracentèse thoracique dans les cas d'épanchement de la poitrine, à la suite des pleurésies aiguës ou chroniques. Suivant ce praticien habile, en effet, l'empyème, dont les anciens paraissent avoir fait un grand usage, et qui, comme l'opération du trépan, a eu ses époques de faveur et de désuétude, offrirait d'autant plus de chances de succès qu'il serait entrepris à une époque plus rapprochée de celle de la formation de l'épanchement.

---

entra à l'hôpital militaire de Strasbourg dans le courant de l'année 1825, atteint d'un hydrothorax pour lequel le professeur fit pratiquer la paracentèse pectorale. Une quantité énorme de sérosité limpide s'écoula par la canule, et à mesure que le liquide s'épanchait, il semblait que le poumon reprenait ses fonctions. Après l'évacuation de la totalité du liquide, le bruit respiratoire fut entendu. Le malade fut assez bien jusqu'au soir ; pendant la nuit, l'oppression revint, et le chirurgien de garde n'ayant pas osé renouveler l'introduction de la canule, le malade succomba en quelques heures. A l'autopsie, on trouva le côté gauche de la poitrine rempli par plus de huit litres de sérosité ; le poumon était refoulé et réduit au plus petit volume.

En cela, notre confrère se trouve d'accord avec l'auteur de l'article *Empyème*, du *Dictionnaire des Sciences médicales*, qui ne craint pas d'avancer que la promptitude de ce secours en garantit le plus ordinairement le succès. Vallesius et Boerhaave s'étaient, d'ailleurs, exprimés dans le même sens.

On conçoit, en effet, comme l'a reproduit dans sa thèse notre honorable collègue, M. Michel Levy, que, lorsqu'on tarde à recourir à l'opération, l'accumulation du fluide doit : 1° augmenter et prolonger la compression du poumon, et le rendre complètement inhabile à s'amplifier et à respirer; 2° entretenir l'irritation de la plèvre; 3° s'opposer à l'absorption, toujours en raison inverse de la quantité de l'épanchement; 4° enfin augmenter le trouble des fonctions, et produire le marasme. Pourquoi donc, si toutes ces raisons sont incontestables et incontestées, ne pas pratiquer la paracentèse alors qu'on ne saurait conserver de doute sur l'existence de l'épanchement et sur l'inutilité des moyens propres à activer la résorption du liquide et à éteindre l'irritation sécrétoire qui le fournit.

Que l'opération de l'empyème soit rarement suivie de succès, c'est là malheureusement un fait que personne ne conteste; mais, du moment où il est reconnu aussi que l'empyème abandonné

à lui-même ne guérit jamais, pourquoi ne pas recourir à un moyen, douteux sans doute, mais qui, néanmoins, peut seul sauver le malade; *anceps, sed unicum remedium?*

La difficulté, il est vrai, consiste dans la précision de l'époque où la matière médicale a cessé d'être utile, et c'est à la fixer que doivent tendre maintenant les efforts des bons esprits, plutôt qu'à discuter sur le mérite absolu de l'opération.

L'évacuation entière ou partielle du liquide empyématique, l'introduction de l'air dans la poitrine, et les effets funestes qu'on lui attribue, les phénomènes qui succèdent à l'ouverture isolée ou double du thorax, les liquides qu'on y injecte à la suite de l'opération, etc., etc.; toutes ces questions avaient été anciennement débattues avec talent et d'une manière non moins contradictoire. Les uns, à la tête desquels il faut placer Hippocrate, recommandaient, sous peine de perdre le malade, de ne vider que sucessivement la poitrine; les autres reconnaissaient, avec Van-Swieten, que le liquide a été évacué tout à la fois sans aucune espèce d'inconvénient; quelques uns, comme Audouard, considéraient l'entrée de l'air comme un moyen utile, et dont la thérapeutique peut tirer un parti avantageux; la plupart, au contraire, attribuaient à l'introduction de ce liquide les effets les plus funestes. Qui ne sait quels

avantages Morand obtint des injections dans le cas d'épanchement séro-purulent qu'il guérit; et n'avions-nous pas appris, de notre bon Ambroise, que ce moyen avait réussi pour nettoyer la cavité pectorale d'un blessé atteint d'épanchement de sang ? Lamotte et, dans les temps plus modernes, M. Fréteau n'avaient-ils pas aussi obtenu les mêmes succès? Bell, au contraire, Chopart, Desault et Pelletan n'avaient-ils pas vu en elles un corps étranger, dont l'introduction peut déterminer de graves inconvéniens? Il n'est pas jusqu'aux dissidences survenues entre MM. Cruveilhier et Amussat, qui n'aient été résolues anciennement par les expériences de Galien, de Vésale et surtout celles de Van-Swieten, qui s'était chargé d'expliquer les faits en apparence contradictoires (1).

---

(1) « Ante duodecim, si recte memini, annos degebat in hac Academia William Houstoun, eruditione singulari et imprimis anatomiæ et botanices scientia insignis, cujus amore tædiosissima suscepit itinera, naufragia, captivitates et alia plurima mala passus, et magno scientiarum damno in patriam redux in flore ætatis lento morbo periit, longiori vita dignissimus. Magno meo bono hujus viri familiaritate usus fui, et plurima me ab illo didicisse gratus recordor. Ille quadam die me conveniens rogavit, an crederem *vulnera utrumque cavum pectoris perforantia lethalia esse?* Annui, et argumentis modo enarratis asserti veritatem probare cona-

On le voit, il n'est aucune des questions débattues récemment au sein de l'Académie qui n'ait

---

tus fui. Audivit placide ratiunculas, et dein eduxit ridens de sinu caniculam, cui ante triduum utrumque pectoris latus perforaverat. Alacriter currebat animal, ac si nihil male passum fuisset. Examinans omni cura inflicta vulnera, vidi in cava thoracis penetrare, nec pulmonem accretum esse illis locis, quod suspicabar primo; caudelula cerea, applicata utrique vulneri, aere per vulnera attracto et expulso exstinguebatur. Obstupui insolitum spectaculum, et postea in canibus similia experimenta plurima tentavi; quomodo autem successerent, referam. Cani perforavi anteriorem partem pectoris sinistri : statim aer cum sibilo intravit, tubo immisso removi undique pulmonem a pleura. — Postea et dextro lateri thoracis vulnus inflexi, digito immisso [i]tidem pulmonem undique a pleura removi : remoto digito, pars magna pulmonis cum impetu per vulnus erupit : pergebat respirare et ejulare canis; vi iterum intrusi pulmonem in pectus, exibat denuo. Hæmorrhagia aderat satis valida; et post quadrantem horæ, moriebatur animal.

» Repetens in alio cane hoc experimentum, per vulnera facta aerem per siphonem inflavi valide; longe diutius vixit; sed non aderat tanta hæmorrhagia. Dum quiescebat animal, pulmo in thoracis cavo manebat; dum autem præ dolore magnos motus faceret, per vulnera facta pars pulmonis erupit.

» Alteri cani pariter utrumque thoracem perforavi : tubo aerem inflavi in cava pectoris, dein asperam arteriam

été l'objet de discussions approfondies, entre les célébrités d'une autre époque ; l'esprit humain

---

resecui ; postea totum abdomen cruciatim discidi, tunc diaphragmate pertuso in latere sinistro, vulnere in cavum pectoris sinistrum penetrante, solutis vinculis vixit animal per bihorium, et pendulis de abdomine intestinis cucurrit per cubiculum.

» Longe magis *mirabar* alium canem, perforato utrinque pectore, abdomine aperto dein, et pertuso utrinque diaphragmate, per quinque horas vixisse.

» Hæc experimenta *frequenter iteravi*, fere semper simili cum successu ; sed, dum maximis vulneribus pectus perforarem, quæ parallelo ad costas ductu dimidii digiti longitudinem æquarent sæpe, vel et superarent, vidi animalia satis cito mori ; sed tunc ingens semper aderat hæmorrhagia.

» Dum una cum eruditissimis amicis, qui hæc experimenta mecum tentabant, conabar invenire rationem, quare perforato utrinque pectore in animali, pergeret vita et respiratio ; incidit hæc opinio. Quod si vulnera inflicta minorem haberent aperturam, quam erat glottidis rima, tunc aer, facilius irruens per glottidis aperturam quam per vulnus, distenderet pulmonem. Præterea animal summo nixu videbatur expandere pulmonem, ut per vulnus sæpe exprimeretur ; sicque aeris ingressum liberum per vulnus impediebat : simul vidi evidenter, quod adductis ad se invicem costis animal minueret vulneris aperturam quam maxime. Ut certi essemus de his, instituimus sequens experimentum.

» Cani in utroque pectoris latere, loco medio inter binas costas, infleximus satis magnum vulnus ; vulneribus im-

est-il donc destiné à toujours tourner dans le même cercle et à glisser à côté des difficultés?

---

misimus tubulos in bractea ferri, quorum aperturæ longe majores erant, quam apertura glottidis in hoc animali. Hoc methodo vulnera manebant patula, cessabat illico respiratio, et peribat vox, atque animal videbatur mortuum. Clausis dein per digitos impositos tubulorum orificiis, et perfricato valide abdomine, incipiebat iterum citissime respirare; remotis digitis, emissa parte auris in cavo thoracis contenti, mox iterum tubulos claudebamus; sic augebatur respiratio, et redibat vox amissa : apertis iterum tubulorum orificiis, desinebat respiratio, nullam vocem emittebat animal, et moriebatur.

» Hoc experimentum aliquoties iteravimus, semper eodem cum eventu : et vidimus, quod, nisi firmiter retineremus in vulnere tubulos, posset animal summis nixibus moto thorace excutere tubulos de vulnere, et costas sic adducere, ut pergeret respirare.

» Unde videtur concludi posse, vulnera, utrumque thoracis cavum penetrantia et aerem admittentia, tunc tantum esse cito et certo lethalia, si vulnerum orificia glottidis aperturam amplitudine sua superent.

» An non hujus rei vestigium habetur in illo loco cæcarum prænotionum in eodem hoc numero modo allegato, ubi dicitur : quod moriatur homo, si percusso pulmone minor sit, qui per os prodit spiritus, quam qui per vulnus excidit.

» Non memini, etc. »

(Van-Swieten, t. 1er, pages 270, 271 et 272. MDCCXLV.)

N'est-il pas évident que chacun des moyens préconisés peut être employé avec succès, puisqu'il n'est aucun d'eux qui n'ait présenté des avantages, et qui ne porte sa justification? Au lieu donc d'envelopper tour à tour dans le même blâme, ou dans le même éloge, soit l'évacuation partielle ou générale, soit l'introduction ou la non-pénétration de l'air dans la poitrine, soit la méthode des injections, n'eût-il pas été plus profitable de dire dans quels cas il convient d'employer un procédé préférablement à l'autre? A coup sûr, le choix ne saurait être indifférent. L'état aigu, qu'on nous passe cette expression, ou chronique de l'épanchement, celui dans lequel se trouve la plèvre au moment de l'opération, l'état général et même l'idiosyncrasie du sujet, toutes ces choses nous semblen devoir influer sur le procédé à suivre; et si, de nos jours, on a cru pouvoir modifier le traitement des abcès par congestion, et les ouvrir largement dès le début, afin que les forces du malade lui permettent de résister avec plus d'avantage à l'inflammation qui doit suivre l'introduction de l'air dans le foyer, nous ne voyons pas pourquoi il n'en serait pas de même pour l'empyème; à en croire M. Rullier, l'évacuation complète du liquide conviendrait surtout à la suite des pleurésies aiguës.

L'observation première que nous avons rap-

portée confirme, il est vrai, cette doctrine ; mais nous ne voudrions pas néanmoins affirmer qu'il en doive toujours être ainsi; car, dans l'espèce, le sujet, malgré l'acuité de l'affection, avait conservé des forces, et c'est là, selon nous, une grande ressource, quand il s'agit de recourir à une opération aussi grave. Suivant notre opinion, le choix du procédé opératoire ne nous paraît même pas indifférent, et il est certaines circonstances où nous n'hésiterions pas à préférer le procédé recommandé par Delpech, et que nous avons vu employer, l'année dernière, dans cet établissement par notre savant ami, le docteur R. Faure; tel serait, par exemple, le cas d'un empyème accompagné de grande débilité, à plus forte raison, de phénomènes inflammatoires mal éteints. Si l'introduction de l'air atmosphérique dans la plèvre a été si différemment appréciée quant à ses résultats, on doit l'attribuer surtout à ce que les auteurs n'ont pas assez tenu compte de l'état de la membrane séreuse, au moment de la pénétration de ce fluide; nul doute que, lorsque cette membrane est saine, l'immersion de ce gaz dans le thorax ne soit, dans la plupart des cas, sinon toujours innocente, ainsi que l'attestent les nombreux exemples de guérison de plaies pénétrantes de poitrine par instrument tranchant sans l'apparition d'aucun accident inflammatoire ; mais nul

doute aussi que, quand la plèvre est en proie à une irritation aiguë, ou non entièrement terminée, la présence de ce corps ne détermine des accidens funestes. Croit-on, par exemple, pour continuer le même sujet de comparaison, croit-on, dis-je, que les injections n'agiront point différemment, suivant l'état de la plèvre? Niera-t-on que le degré de sensibilité du sujet ne doive lui-même entrer en ligne de compte, et réclamer l'attention du chirurgien? Aussi M. Richerand nous paraît-il avoir raison lorsqu'il se contente d'en proscrire l'abus. Ce n'est point à nous, et surtout dans un travail de ce genre, à tracer des règles à ce sujet, mais nous croyons qu'en général mieux est, lorsque le sujet conserve des forces, d'ouvrir largement la poitrine, pourvu, toutefois, que la plèvre ait cessé d'être dans cet état d'irritation si voisin de l'inflammation, qu'il suffit de la plus légère cause excitante pour provoquer cette dernière ou la faire reparaître. Nous pensons, au contraire, que, quand le sujet est faible et que la maladie dure depuis longtemps, que le poumon et la plèvre, par conséquent, n'ont plus rien à craindre du séjour du pus, mieux vaut l'évacuation successive que la paracentèse pectorale proprement dite. Boyer, comme on le sait, avait proposé de commencer ainsi, pour, ensuite, ouvrir largement le thorax; bien plus, il a rap-

porté une observation où cette manière de faire aurait vraisemblablement été couronnée de succès sans l'imprudence d'un autre confrère. C'est alors surtout que les injections seront utiles, soit pour entraîner au dehors la matière purulente, soit pour modifier la sensibilité organique de la plèvre ; de nature variable, suivant l'état de cette dernière, elles pourront rendre les plus grands services.

En résumé et pour en finir avec les considérations que nous ont suggérées les deux cas de guérison que nous venons de rapporter, succès remarquables à cause de la quantité de liquide contenue dans la plèvre et du déplacement du cœur, les praticiens doivent moins, relativement à l'opération de l'empyème, s'occuper de savoir s'il faut pratiquer l'opération avec le bistouri et le trois-quarts, évacuer en totalité ou partiellement le liquide épanché, recourir ou non aux injections, que de s'attacher à *préciser les cas où il est préférable de recourir plutôt à l'un de ces procédés* qu'à l'autre. Si, comme le répète chaque jour la *Presse médicale*, la médecine actuelle se distingue surtout par son positivisme, pour ne pas démentir un aussi bel éloge, qu'elle s'occupe avant tout d'utiliser ses richesses et de ne pas rendre stériles les fruits de l'expérience.

CINQUANTIÈME OBSERVATION.

Contusion du thorax et du rachis; pneumothorax; guérison.

F***, artilleur au quatrième d'artillerie, était, le 11 juin au matin, à la manœuvre au Polygone, lorsqu'il fut renversé par un train de canon; n'ayant pas pu s'écarter assez vite, une des roues du train de derrière, dont le poids s'élève à environ douze cents livres, lui passa sur la partie inférieure du tronc, vers la région dorso-lombaire, au moment où il avait la face tournée contre terre. La douleur qu'il ressentit fut si grande, qu'il crut, un instant, avoir, suivant son expression, la moelle déchirée. Conduit à l'hôpital aussitôt après l'accident, il présenta les symptômes suivans :

Il existe, à la partie inférieure du tronc, une ecchymose assez large, et tout autour de cette dernière, de la tuméfaction et de la douleur; celle-ci est surtout vive dans le voisinage de l'ecchymose.

La poitrine, examinée avec soin, ne présente aucune trace de fracture des côtes, bien que la plupart d'entre elles, mais surtout la sixième et la septième du côté gauche, soient très douloureuses au toucher. La partie antérieure de la poitrine

est bombée, et l'on reconnaît, au premier coup d'œil, que sa cavité a acquis un volume plus considérable. Les hypochondres sont déprimés, surtout celui du côté droit.

La poitrine présente, à la percussion et dans la plus grande partie de son étendue, une sonorité anormale. Quand on frappe sur les doigts appliqués préalablement sur le thorax, ce dernier résonne comme une cavité remplie d'air, et tel est le développement acquis par la cavité thoracique, que cette résonnance se fait sentir à l'endroit habituellement occupé par le foie.

L'hypochondre gauche est lui-même déprimé, mais dans une moindre mesure; du reste, le bruit respiratoire n'est perçu qu'au sommet des poumons et dans un espace assez circonscrit. Le blessé est pâle, il a le corps froid, et ne parle qu'avec difficulté et d'une voix éteinte; l'abattement est porté au plus haut degré; il peut à peine se remuer, et reste couché sur le dos; la respiration est haute, presque suffocative; le pouls peut à peine être senti. F*** porte, en outre, quelques écorchures à la main, dues au froissement des pieds d'un des chevaux sur cette partie; du reste, la sensibilité et la motilité persistent dans les extrémités inférieures; et, bien que le malade n'ait point uriné depuis l'accident, il ne paraît pas que la vessie soit paralysée; néanmoins

il suffit de regarder le malade pour voir qu'il est dans le plus grand danger; plusieurs assistans parlent même de mort prochaine; mais un regard du chirurgien commande aussitôt le silence.

Prescription. Potion antispasmodique avec douze gouttes de laudanum et quinze gouttes d'éther, sinapismes aux jambes, infusion chaude de tilleul édulcorée pour boisson, frictions excitantes sur les extrémités supérieures.

La réaction se manifeste à deux heures (le blessé avait été transporté à dix); le pouls avait acquis un peu plus de force, la chaleur était, en partie, revenue, le visage était un peu coloré, la respiration était toujours difficile; vingt ventouses scarifiées à la partie antérieure et postérieure du thorax; saignée de huit onces, qui ne put être faite, à cause de l'impossibilité de rendre les veines saillantes.

Le soir, à dix heures, le malade est mieux; boissons adoucissantes chaudes.

Le 12 juin, le malade a dormi deux heures; la sonorité et l'amplitude de la poitrine sont toujours les mêmes, la dyspnée persiste, le pouls est toujours petit, la peau est chaude, la langue est humide, la faiblesse du sujet est toujours très grande.

En plaçant l'oreille sur la poitrine et en écoutant attentivement, il semble, alors que le ma-

lade avale, que les boissons pénètrent dans la cavité thoracique. Une espèce de tintement métallique est assez distinctement perçue. Les urines sont rendues naturellement; l'abattement persiste : dix ventouses scarifiées sur les parties antérieure et postérieure du thorax; potion antispasmodique; boissons chaudes.

Le 13, le malade a dormi trois heures, il a eu une selle la veille; du reste, la faiblesse est toujours la même, et il n'y a aucun changement dans l'état du thorax; la région lombaire est plus douloureuse, l'ecchymose tend à se résoudre et les plaies des mains se cicatrisent; quatre ventouses scarifiées sur la région lombaire; boissons chaudes et potion antispasmodique.

Le 14, le malade a mal dormi. Il y a un peu plus de fréquence dans le pouls (86); cependant sa petitesse est remarquable; dyspnée plus intense, abattement plus considérable; douleur assez vive dans la partie postérieure du thorax; le malade ne se remue qu'avec difficulté; même sonorité du thorax et même développement; huit ventouses scarifiées à la partie postérieure du thorax; sinapismes aux jambes.

Le 15, le malade a dormi quatre heures; il a une selle. Le visage est plus calme, l'œil plus animé; les douleurs de poitrine ont disparu; le pouls est moins petit, la dyspnée moins grande,

le développement du thorax moindre; la sonorité est toujours la même, seulement elle a moins d'étendue; sinapismes aux cuisses.

Le 16, le malade a dormi presque toute la nuit; l'amélioration continue, le bruit respiratoire se fait entendre dans une plus grande partie de l'étendue thoracique, et la poitrine diminue de volume; cependant la sonorité est toujours tympanique; les douleurs lombaires ont complètement disparu, l'ecchymose est en pleine résolution; le malade demande à manger; on accorde un bouillon gras, matin et soir.

Le 18, un léger mouvement fébrile est survenu pendant la nuit; le visage est un peu animé, cependant la sonorité cesse d'être tympanique; en même temps que le thorax tend à reprendre ses dimensions premières, un peu de râle sibilant se fait entendre à la partie supérieure des bronches; un peu de douleur existe à l'angle des sixième, septième et huitième côtes; diète, demi-bouillon maigre.

Le 19, le malade est bien; le bruit respiratoire gagne chaque jour en étendue; on n'entend plus de sonorité tympanique; néanmoins il existe encore un peu plus de développement à la base du thorax, et on reconnaît de l'engouement au dessous de l'omoplate, du côte gauche. L'appétit se prononce, et l'on accorde la crème de riz et

des pruneaux ; trois ventouses scarifiées sont appliquées sur le lieu de l'engouement.

Le 21, l'engouement a diminué ; le malade ne ressent plus aucune douleur. Quart, riz au lait, pruneaux, boissons adoucissantes.

Le 22, l'engouement a pris plus d'intensité, on entend du râle crépitant à la base du poumon gauche. La pommette du même côté est colorée ; le pouls, quoique petit, est à quatre-vingt-huit ; le malade tousse assez souvent, la dyspnée est assez intense ; le malade accuse de la douleur dans tout le poumon gauche. Quatre ventouses scarifiées sur le côté gauche du thorax ; diète, boissons adoucissantes.

Le 23, le malade est mieux ; cependant la dyspnée persiste, mais à un degré moindre ; râle crépitant, pouls à quatre-vingt-deux, pommette gauche colorée ; douleur moins vive dans la poitrine, moins de toux. Bouillon maigre, boissons adoucissantes.

Du 23 au 27, l'amélioration est peu sensible ; le malade est toujours très faible et porte l'empreinte de l'abattement. Crème de riz et pruneaux, boissons adoucissantes.

Le 28, douleurs vives dans les deux côtés de la poitrine ; pouls à quatre-vingt-dix, mais toujours petit ; toux fréquente, crachats rouillés, pommettes légèrement colorées ; la matité dans le

côté gauche succède à la sonorité des premiers jours de la maladie ; râle crépitant à la base du poumon droit, respiration difficile, peau chaude, soif peu prononcée. Quatre ventouses sur chaque côté de la poitrine; diète, boissons adoucissantes.

Le 29, amélioration remarquable, pouls à quatre-vingts, toux rare, douleurs nulles, crachats muqueux , râle crépitant dans le côté gauche , dyspnée moindre, peau presque naturelle. Diète, boissons adoucissantes.

Le lendemain, on applique un vésicatoire sur chaque côté de la poitrine , et les accidens continuent à se dissiper; à divers intervalles, cependant, on est obligé de revenir aux applications de ventouses et de sangsues à la partie postérieure et inférieure du thorax, vers la base du poumon, qui paraît avoir profondément souffert dans sa texture par la pression violente qu'elle a dû supporter.

Le 18 juillet, les douleurs à la région lombaire étant dissipées, on remarquait encore de l'engouement pulmonaire; du reste, le malade est très bien. On lui permet de se lever deux heures; ce qui lui fait grand bien.

Sauf la ténacité de l'engouement de la base du poumon gauche, on pourrait le considérer comme guéri. Nouveau vésicatoire à la partie postérieure de la poitrine.

Du 20 au 26, l'état du malade est des plus satisfaisans. Il reprend des forces, et le bruit respiratoire semble renaître à la base du poumon gauche.

Du 26 au 29, l'engouement disparaît ; le malade mange la demie, matin et soir. Les vésicatoires continuent à suppurer.

Le 30, le bruit respiratoire s'entend très bien partout ; même prescription.

Du 31 juillet au 10 août, époque à laquelle le malade sort de l'hôpital, sa santé va chaque jour en s'améliorant ; cependant il conserve encore un peu de faiblesse ; ses digestions sont bonnes et son sommeil tranquille. Peut-être le séjour de l'hôpital s'opposait-il à l'entier rétablissement de ses forces et avait-il besoin du grand air pour les recouvrer complètement.

En effet, nous avons revu cet artilleur trois semaines après, et il était alors très bien portant ; néanmoins ses facultés intellectuelles, naturellement peu développées, paraissent avoir reçu quelque atteinte à la suite de son accident ; il était depuis lors, d'une apathie et d'une indifférence remarquables.

Réflexions. Au nombre des accidens qui accompagnent quelquefois les lésions physiques du thorax, il faut placer l'emphysème et le pneumo-

thorax traumatiques. Toutefois, il est rare que ces phénomènes s'observent à la suite des contusions non suivies de fractures, apparentes ou cachées, des côtes; sous ce rapport, l'observation précédente offre un intérêt incontestable; car l'existence du pneumo-thorax ne saurait y être révoquée en doute. A quelle autre cause, en effet, serait-il permis de rapporter le développement plus considérable de chacun des côtés de la poitrine, immédiatement après l'accident, et surtout cette sonorité tympanique qui, dès le premier moment, frappa tous les assistans. Comment, si l'on n'admet la déchirure d'un plus ou moins grand nombre de cellules aériennes, expliquer tout ce que le malade a offert d'emphysémateux, qu'on nous passe cette expression, pendant le cours de son affection? A raison de la violence éprouvée par les organes renfermés dans le rachis, il est facile de se rendre compte et de l'état du pouls et de celui de la respiration; il est également aisé, eu égard à l'intensité de la contusion, de dire comment la face est devenue pâle, le corps froid et l'abattement général; mais ce qu'on ne saurait expliquer sans l'existence du pneumo-thorax, c'est, nous le répétons, le développement subit de la poitrine et la sonorité tympanique qui en a été le résultat immédiat, en

même temps que le bruit respiratoire était presque entièrement effacé. Comment s'est opéré cet accident? Quelle a été la cause occasionnelle de la déchirure des cellules aériennes? La fracture des côtes et l'implantation de quelques esquilles dans l'organe pulmonaire? Mais le toucher le plus minutieux et l'exploration la plus scrupuleuse n'ont fait reconnaître aucune solution de continuité dans ces arcs osseux? Pourtant, on se rappelle que deux d'entre elles étaient le siége de douleurs assez vives et dans un point assez limité de leur étendue; à quoi rapporter ces douleurs, sinon à une lésion physique qu'elles auraient éprouvée? on sait que ce signe suffit à Ledran pour diagnostic, une fracture avec esquilles et pénétration de la plèvre et du poumon chez un individu qui, après avoir reçu un coup de pied de cheval, se présenta à lui avec une vive douleur et une grande difficulté de respirer. Il est vrai que, dans l'exemple dont nous parlons, il existait, en même temps, à l'extérieur, un emphysème épais de plus de quatre travers de doigt, qui s'opposait à l'exploration entière de l'os fracturé. D'où vient, dira-t-on peut-être, l'absence de ce dernier signe chez F***, et pourquoi l'air ne s'est-il pas également fait jour entre le tissu cellulaire profond des parois thoraciques? C'est que très probablement la fracture n'existait pas chez lui. Pour que

les côtes fracturées ulcèrent le poumon, il faut que, comme dans l'exemple de Ledran, elles aient lieu par une cause directe, laquelle enfonce les fragmens en même temps qu'elle brise le tissu. M. Bégin a vu cet accident succéder à une percussion opérée par un timon de voiture, qui avait produit à la septième côte droite une fracture de la lame interne, entièrement semblable aux fractures de la table vitrée du crâne, avec enfoncement de plusieurs esquilles dans le poumon.

Il est donc à présumer que la rupture des cellules aériennes et celle de la plèvre pulmonaire se sont opérées, dans le cas qui nous occupe, par la pression exercée sur le poumon. Qui pourrait limiter l'étendue du désordre qu'est capable de produire l'action d'un poids aussi considérable? car, qu'on ne l'oublie point, dans les attelages de ce genre, les roues de derrière supportent seules oute la charge.

A raison de la masse dont le corps a été un instant chargé, il s'est sans doute opéré, dans les organes thoraciques et rénaux, quelque chose d'analogue à ce qu'on observe à la suite des commotions, ainsi que l'indiquent les douleurs dont les poumons et les reins, mais surtout les premiers, ont été le siége, alors que, par suite de l'absorption de l'air, la poitrine reprenait peu à

peu son volume normal. La persévérance avec laquelle il a fallu combattre l'engouement qui, malgré la médication la plus rationnelle, persistait à un degré inquiétant, n'est-elle pas une preuve nouvelle que l'organe pulmonaire avait été altéré dans son tissu, et que l'inflammation succédait à la déchirure qui avait occasionné l'emphysème? Un des accidens les plus fréquens de la contusion et de la commotion n'est-il pas, en effet, l'inflammation de l'organe affecté? Du reste, cette phlegmasie est souvent conservatrice, en déterminant l'adhésion des parties déchirées. Nul doute, par exemple, que, si la cicatrisation des cellules rompues ne s'était faite promptement sous l'influence de l'irritation, le malade n'eût couru les plus grands dangers. L'air, continuant à s'épancher dans la poitrine et n'étant point résorbé en proportion, aurait fini par déterminer la suffocation, et, vraisemblablement, la mort.

A quel moyen alors aurait-il donc fallu avoir recours? Suivant le conseil qu'en a donné Hewson, aurait-il fallu pratiquer une ouverture à la poitrine, dans la vue de ménager une issue à l'air épanché dans le thorax, ainsi qu'on le fait pour le pus dans l'empyème?

Mais cet auteur estimable, pas plus d'ailleurs que Bromfield et M. Bell, ne s'est pas aperçu,

sans doute, qu'il était impossible d'obtenir la dilatation du poumon affaissé, en ouvrant la poitrine, tant que persiste la déchirure de cet organe, et que le meilleur moyen d'obtenir la cicatrice de ce viscère était l'état d'inaction auquel il se trouve réduit, et qui s'oppose également d'une manière avantageuse aux hémorrhagies.

Nous croyons donc que, dans ces cas difficiles, mieux est d'attendre et de recourir, comme on l'a fait pour F***, aux émissions sanguines locales, afin de favoriser l'absorption de l'air épanché, et de s'opposer à l'inflammation qui doit nécessairement survenir. Elles ont le précieux avantage de dégager presque directement les vaisseaux capillaires dans lesquels se fait l'afflux morbide et de pouvoir être pratiquées avec avantage, malgré la faiblesse du sujet. Celle-ci a persévéré chez F*** jusqu'à la fin de la maladie : il n'en a pas été moins soumis au traitement antiphlogistique assez énergique, puisque cinquante-sept ventouses scarifiées (1) et dix-huit sangsues

(1) Il importe de remarquer que les ventouses que l'on emploie à l'hôpital d'instruction de Strasbourg et dans la plupart des hôpitaux militaires ne ressemblent que de nom à celles dont on fait usage dans les hôpitaux civils. Celles dont nous nous servons habituellement ont une capacité au moins triple, et les scarifications, au lieu d'être

ont été appliquées; nous n'hésitons pas à affirmer que c'est à l'emploi réitéré de ces saignées capillaires que notre blessé a dû enfin son salut.

CINQUANTE ET UNIÈME OBSERVATION.

Abcès froid au sternum; carie superficielle. — Guérison.

D***, chasseur au 19e léger, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 5 mars 1836.

Ce militaire, âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution assez forte, éprouva, il y a deux ans, à la suite d'un effort pour soulever une caisse très lourde, une douleur extrêmement intense au niveau de la région sternale et vers l'union de la quatrième et de la cinquième côte avec cet os. Après quatre mois de soins, il se crut guéri, rejoignit son régiment et n'éprouva que de temps à autre, sur le point indiqué, des douleurs passagères qu'il jugea rhumatismales. Cependant, depuis quinze jours, il y remarque une tumeur qui s'accroît rapidement, et pour laquelle il entre à l'hôpital.

Cette tumeur, du volume d'un œuf d'oie,

---

pratiquées avec le scarificateur, le sont avec le rasoir ou le bistouri, ce qui établit une nouvelle différence sur la quantité de sang obtenue, qui est souvent très considérable.

est douloureuse au toucher, couverte de boutons vésiculeux, résistante et semble formée par le gonflement de l'os. La poitrine donne un son clair à la percussion, et le bruit respiratoire se fait entendre dans toute l'étendue du thorax, excepté cependant dans un rayon de trois à quatre pouces autour de la tumeur; il n'y a ni toux ni oppression appréciables. Du reste, l'état général est satisfaisant, le malade mange et dort bien, et les digestions sont faciles; il conserve de l'embonpoint et n'est nullement inquiet sur son état. Il n'existe aucun engorgement des ganglions du cou ni de l'aisselle. Quart, matin et soir; riz au lait et pruneaux; boissons adoucissantes.

Les applications résolutives locales ayant fait disparaître l'éruption, le 9, un moxa est appliqué au dessus de la tumeur. Le chirurgien en chef voulait combattre par ce moyen, comme il le fait dans les abcès par congestion, la maladie de l'os, avant d'ouvrir la collection purulente; mais celle-ci s'échauffa tout à coup, prit du développement, et il fallut, le 21, y pratiquer un incision longue d'environ un pouce et demi, par laquelle s'écoula de la sérosité citrine, mêlée à de la matière tuberculeuse. La cavité morbide est remplie de charpie mollette, et recouverte d'un pansement simple. La suppuration s'établit promptement; mais le liquide qui la constitue

ressemble à celui que l'on trouve dans les ganglions abcédés. Le fond de la plaie présente le même aspect.

Un deuxième moxa est appliqué, le 25, à la circonférence du foyer, et le malade est mis à l'usage de quelques toniques. Quart, côtelette et pruneaux; vin rouge, tisane amère.

Le 29, un troisième moxa est prescrit.

Le 7 avril, quatrième moxa. Malgré ces moyens et des pansemens tantôt simples, tantôt avec des préparations stimulantes, la cicatrisation n'avance pas; le stylet, introduit, arrive sur le sternum, que l'on trouve dénudé dans l'étendue d'un pouce environ.

Le 16, toute la portion d'os dénudée est mise à découvert, et l'on y applique le cautère actuel en ayant soin de garantir les parties voisines de l'action du feu. Le malade supporte l'opération avec courage, malgré la douleur qu'il dit éprouver. Pansement simple; bouillon maigre, pruneaux; boissons adoucissantes.

Aucun accident ne survint; le malade put bientôt reprendre son régime ordinaire, ainsi que le vin et les amers; l'exfoliation de la partie cautérisée s'est faite; les bourgeons charnus se sont développés, et la cicatrisation s'est achevée sans que rien soit venu troubler sa marche. Seulement, la guérison a été longue, car le malade n'est sorti que le

6 juin, c'est à dire près de deux mois après la cautérisation. Il était, du reste, alors très bien portant, avait repris des couleurs, de l'embonpoint et partait pour une convalescence de trois mois.

CINQUANTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

Abcès sous-pleuraux tuberculeux; carie et nécrose d'une des pièces du sternum. Extraction d'une portion considérable de cet os. — Mort subite. — Autopsie.

D*** (Jean), chasseur au 16e léger, âgé de vingt ans, d'un tempérament lympathique, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 6 novembre 1835. Ce militaire, qui ne se rappelle pas avoir été malade, est au service depuis deux ans; il a été atteint, il y a huit mois environ, d'un point pleurétique, pour lequel il n'a pas voulu entrer à l'hôpital ni à l'ambulance, et qui n'en a pas moins disparu au bout de dix jours. Toutefois il conserva, à la suite de cette affection, une toux sèche, qu'il a toujours gardée depuis, et qui, devenue plus intense au mois d'août dernier, l'a obligé d'entrer à l'hôpital. Placé dans le service des fiévreux; il y fut traité pour une bronchite légère, et sortit quatorze jours après son entrée.

Depuis cette époque, il a vu survenir, à la suite de douleurs vagues, plusieurs tumeurs dans le côté

droit de la poitrine; ces tumeurs sont au nombre de six.

L'une est située vers le milieu de la deuxième côte droite, au dessous de la clavicule; deux autres ont leur siége au devant des articulations des sixième et septième côtes droites avec le sternum; une quatrième est étendue transversalement, plus en dehors, au devant de la septième et de la huitième côte droite; une cinquième est placée au dessous de la glande mammaire droite, et la sixième et dernière, enfin, correspond à la partie antérieure de la poitrine.

Excepté la quatrième, dont le plus grand diamètre est transversal, toutes présentent une forme arrondie; leur volume varie depuis la grosseur d'un œuf de pigeon jusqu'à celui d'un œuf de poule. La plus volumineuse est celle que l'on rencontre (la sixième) à la partie inférieure et antérieure du sternum, non loin de l'appendice xyphoïde; toutes sont sans changement de couleur à la peau, peu résistantes au toucher et présentent de la fluctuation.

Au dire du malade, il portait depuis son enfance la tumeur qui était située au dessous du sein, et le chirurgien, qui l'avait visité lors de la visite réglementaire, ne se serait décidé à l'admettre qu'après avoir reconnu qu'il était impossible de l'affaisser par la pression.

Le liquide contenu dans ces tumeurs ne reçoit pas d'impulsion par l'effet de la toux; il est impossible de le repousser du côté de la poitrine. La percussion de cette cavité donne un son mat dans une grande partie de l'étendue du côté droit; et l'oreille, appliquée sur les points où la matité est à peine sensible, n'entend qu'imparfaitement le bruit respiratoire. Le côté gauche paraît sain, le malade respire facilement, ne se plaint d'aucune douleur, tousse peu, digère bien et dort paisiblement. Quart, matin et soir; riz au lait et pruneaux; eau gommeuse, potion gommeuse et émulsive.

Le diagnostic de ces tumeurs était assez obscur : tenaient-elles à des altérations des os? communiquaient-elles avec l'intérieur du thorax? M. Bégin ne le pensa pas : il crut avoir affaire à des tubercules développés dans le tissu cellulaire sous-pleural, et porta un pronostic très défavorable sur l'issue de la maladie. Il voulut, toutefois, prendre le temps de mieux observer encore, et se borna à faire recouvrir les tumeurs de cataplasmes émolliens.

Pendant les quatre jours suivans, aucun changement n'était survenu dans les tumeurs; il se décide à ouvrir celle qui correspond à la base du sternum (la sixième). Une quantité assez abondante de pus de bonne nature s'en échappe, et le

doigt, introduit dans la plaie, ne fait découvrir ni dénudation à l'os, ni communication avec la poitrine. Une sonde ne donne pas d'autres résultats. Les cartilages paraissent intacts. Pansement simple; même alimentation; boissons adoucissantes.

Le 10, il y a un peu d'irritation sur les bords de la plaie et dans la plaie elle-même; peu de pus s'en écoule. Le liquide, d'ailleurs, ne sort point en plus grande quantité pendant les efforts de la toux, spontanée ou provoquée. Applications émollientes sur la plaie; soupe et riz au lait, matin et soir; boissons adoucissantes.

Le 11, la plaie est moins irritée; le malade se plaint de la faim.

Le 13, l'amélioration est sensible : le pus est de meilleure nature; introduction d'un bourdonnet de charpie dans l'intérieur de la plaie. Quart, riz au lait, matin et soir; boissons adoucissantes.

Le 15, en examinant les autres tumeurs, on s'aperçoit qu'en comprimant la tumeur transversale (la quatrième) on fait sortir une plus grande quantité de pus par la plaie, preuve non équivoque d'une communication entre ces deux foyers. Aussitôt une contre-ouverture est faite sur la quatrième, et un séton est introduit à travers les deux issues. Même alimentation; boissons adoucissantes.

Le 18, les plaies s'irritent; il existe une rougeur assez vive sur leurs bords, et cette rougeur tend à gagner les tégumens voisins; le malade a un peu de soif et un peu de chaleur à la peau. Suppression du séton; applications émollientes. Diète; bouillon maigre; boissons adoucissantes.

Le 19, l'irritation a presque complètement disparu; une sonde est introduite de nouveau et pénètre jusque sur les cartilages et les muscles intercostaux. A la partie supérieure et externe, il semble que l'instrument pénètre plus profondément. Néanmoins, tendance des plaies à la cicatrisation; injections avec le vin miellé pour hâter cette dernière. Soupe et riz au lait, matin et soir; boissons adoucissantes.

Les tumeurs situées au devant de la septième et de la huitième côte sont ouvertes, à leur tour, le 23, et il en sort une quantité de pus d'assez bonne nature, proportionnée à leur volume. Même alimentation; boissons adoucissantes.

Le 27, une inflammation assez vive s'est développée entre les tégumens qui séparent les différentes tumeurs; le malade se plaint d'éprouver de la douleur dans le côté droit de la poitrine; le bruit respiratoire est, en effet, plus voilé. Quinze sangsues dans le voisinage du lieu enflammé; diète, boissons adoucissantes.

Le 28, l'inflammation paraît gagner les tissus

sous-jacents ; du reste, la douleur de poitrine n'a pas augmenté. Vingt nouvelles sangsues sont appliquées. Diète, bouillon maigre ; boissons adoucissantes.

Le 29, ces médications font rétrograder l'inflammation ; le malade demande à manger. Bouillon maigre et pruneaux.

Le 30, l'inflammation a disparu ; mais la toux est un peu plus fréquente (soupe, riz au lait et pruneaux). Elle augmente encore les jours suivans ; puis elle diminue, sous l'influence du régime et des adoucissans : du reste, l'appétit est bon.

Le 2 décembre, on place un petit moxa entre les plaies ; la douleur du côté droit de la poitrine se dissipe, et le malade se dit très bien. Les symptômes, toutefois, ne tardent pas à se réveiller, et, le 13, les douleurs sont revenues, ainsi que la toux, qui est fréquente surtout la nuit.

Le 14, une nouvelle tumeur apparaît au côté gauche, tout près du sternum, sans mouvement fébrile, et sans que l'état général cesse d'être satisfaisant.

Du 15 au 18, la matité du côté droit devient plus intense ; les tégumens compris entre les plaies sont rouges et tendent à s'enflammer. Applications émollientes, auxquelles on ajoute des sangsues ; mais, malgré les efforts de l'art, la matité du côté droit fait des progrès et semble

s'étendre dans le côté gauche; la région sternale rougit et s'enflamme; le malade y ressent des douleurs assez vives. Cette inflammation résiste aux émolliens, aux sangsues, aux adoucissans à l'intérieur, et se termine par la sécrétion du pus.

Le 3 janvier, une incision cruciale doit être faite sur le sternum et comprend toute l'étendue des parties tuméfiées. Le sternum est, de la sorte, mis à nu, et l'on sent qu'il est dénudé et rugueux dans l'étendue d'un pouce environ. Introduction de charpie dans la plaie. Même prescription.

Le 4, au moment où on lève l'appareil, on s'aperçoit que le sternum se trouve séparé, vers la partie moyenne, en deux portions. Le niveau de la portion inférieure dépasse celle située supérieurement et cède aux efforts de l'inspiration. En effet, pendant cet acte, la portion inférieure est légèrement soulevée, et un peu de pus rougeâtre sort par l'ouverture de séparation. La pression détermine également la sortie d'une plus grande quantité de ce liquide; mais cette quantité n'est que relative, car celle qui fait issue dans l'état ordinaire n'est que très minime. La matité est plus grande du côté droit; le malade a eu de la fièvre, la veille au soir; il a peu dormi; la peau est chaude. Bouillon maigre et pruneaux; boissons adoucissantes.

La séparation du sternum devient de jour en jour plus marquée, et rien n'est plus facile que d'en déterminer l'ébranlement.

Un peu de pus sort toujours par cette ouverture, et, dans l'intention d'en faciliter l'issue, on cherche à extraire la portion en partie détachée de l'os. A cet effet, une sonde est introduite à travers la séparation; mais, au moment où l'on veut opérer l'extraction, en faisant faire à l'instrument l'office de levier, on s'aperçoit que l'os tient encore, latéralement, aux cartilages des deux côtes inférieures gauches et à l'appendice xiphoïde. Alors des incisions convenables sont faites jusqu'à l'endroit où le sternum cesse d'être libre. On dissèque les lambeaux; puis, avec un couteau à cartilages, on enlève la portion mobile du sternum en laissant la portion inférieure adhérente avec l'appendice xiphoïde.

A travers l'ouverture faite au sternum, et qui n'a pas moins d'un pouce et demi d'étendue, en hauteur, on voit battre très distinctement le cœur qui soulève avec force le péricarde; du reste, aucune trace du pus qu'on s'était attendu à trouver dans le médiastin. Celui qui faisait saillie à travers la séparation de l'os était dû à un abcès tuberculeux développé à la face interne (postérieure) du sternum, dans le tissu cellulaire qu'on y rencontre. Une hémorrhagie assez

considérable succède à l'extraction de la pièce osseuse. Combattue par un tamponnement méthodique, elle persiste avec opiniâtreté et devient assez inquiétante pour que, eu égard aux ménagemens qu'il convient de garder dans une région aussi délicate, on se croie obligé de faire comprimer, par les doigts d'un aide, les deux vaisseaux qui y donnent naissance : l'un partant d'une des divisions de la mammaire interne; l'autre, des dernières divisions de l'artère intercostale. Ce moyen réussit.

Le 7, la nuit a été mauvaise, le malade n'a pas dormi. La respiration est très pénible; le cœur bat avec violence et d'une manière presque convulsive, ce dont il est facile de s'apercevoir par l'inspection directe de cet organe à travers l'ouverture faite à la plaie. La peau est chaude; le visage exprime la douleur; la soif est vive; le malade est agité, il demande à ne pas être pansé. Cependant on lève l'appareil : il en sort un peu de sérosité sanguinolente et fétide. Injection chlorurée; pansement avec du linge fenêtré et de la charpie; diète, boissons adoucissantes et émulsives.

Dans la journée, la respiration devient plus difficile; les pommettes se colorent, d'abord la droite, puis la gauche. Le malade tousse souvent, et accuse une douleur assez vive au dessous des seins; vers le soir, la pommette droite a cessé

d'être rouge, mais la gauche l'est davantage. Matité presque complète du côté gauche.

Le 8, la nuit a été moins mauvaise que la précédente; cependant le malade n'a sommeillé que deux heures : il est toujours très abattu. La pommette gauche est toujours très rouge; la matité est aussi étendue; les battemens du cœur sont aussi intenses; la toux est aussi fréquente; la peau est chaude, la soif vive; le malade, néanmoins, demande à manger; l'état de la plaie est le même que la veille. Injections chlorurées; bouillon maigre, boissons adoucissantes et émulsives. — Pendant la visite, le malade est pris de mouvemens convulsifs et crie : *J'étouffe, je meurs*, et il succombe, en effet, aussitôt.

Autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort.

L'amaigrissement est peu sensible, et le corps ne paraît point émacié.

Méninges et encéphale. Les membranes du cerveau sont saines et la substance cérébrale ne présente aucune trace d'altération.

Cou. Les ganglions lymphatiques de cette région ne sont pas tuméfiés, tous ont le volume ordinaire.

Poitrine. La cavité thoracique est ouverte avec soin, surtout aux points correspondans aux

tumeurs. Il n'existe aucune lésion dans le péricarde ni au cœur; le tissu cellulaire environnant les parties affectées ne présente rien de remarquable. Du côté droit de la poitrine et aux endroits correspondans aux tumeurs, il existe, dans le tissu cellulaire sous-pleural, des tubercules à l'état de suppuration, la plupart presque entièrement suppurés. Dans ces différens endroits, la plèvre est considérablement épaissie, et les muscles intercostaux sont éraillés, et plus ou moins altérés par la présence du pus; eependant les côtes ne sont point atteintes de carie. Il existe, en outre, mais à des endroits différens de ceux dont nous venons de parler, d'autres tubercules à l'état cru : ils sont remarquables, surtout, non loin des points d'attache du diaphragme aux côtes, et à la base de la poitrine. De plus, une très petite quantité de sérosité sanguinolente est épanchée dans la plèvre; et cette membrane présente un rouge assez vif dans une portion de son étendue.

Le poumon droit est à peu près dans l'état normal; il ne contient aucun tubercule.

Du côté gauche de la poitrine, le désordre est d'un autre genre : le poumon et la plaie sont enflammés; mais cette phlegmasie est récente et paraît se rapporter à l'époque de l'extraction du sternum. Une grande partie de la plèvre est d'un rouge vif : il existe, dans sa cavité, une plus grande

quantité de sérosité sanguinolente que dans celle du côté opposé. Le sommet du poumon présente les caractères anatomiques du premier degré de l'inflammation. Cet organe, d'ailleurs, contient une plus grande quantité de sang. On ne rencontre, dans ce côté du thorax, qu'un seul tubercule à l'état de crudité, et il est situé entre la quatrième et la cinquième côtes, au tiers postérieur de ces arcs osseux. Les bronches de ce côté sont rouges; les glandes bronchiques sont peu tuméfiées.

Abdomen. L'estomac est sain; les intestins grêles présentent, çà et là, quelques traces de phlegmasie chronique; mais ces traces sont rares; les gros intestins sont dans l'état normal. Les ganglions mésentériques, *énormément* tuméfiés, présentent des caractères divers : les uns, celui de la crudité; les autres, un état de ramollissement et même de suppuration.

Le foie est plus volumineux que dans l'état naturel; la rate ne présente rien de particulier.

Les organes génito-urinaires sont sains.

CINQUANTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Abcès sous-pleuraux; carie des dixième et onzième côtes. Abcès du poumon, simulant un abcès du médiastin. — Mort.

B*** (Louis), chasseur au 16e léger, du dé-

partement de l'Hérault, d'un tempérament lymphatique, âgé de vingt-cinq ans, entra à l'hôpital militaire le 5 avril 1836.

Ce militaire a été atteint, il y a dix mois, d'une douleur assez vive à l'endroit de la poitrine correspondant aux dixième et onzième côtes du côté droit. Peu à peu, la douleur devint moins vive; une tumeur apparut, s'abcéda, donna issue à une certaine quantité de pus mal lié; puis finit par se transformer en une fistule, qui laisse encore suinter un peu d'humidité purulente. Entré à l'hôpital et placé dans le service des fiévreux, il avait été considéré comme atteint de pleurésie chronique et traité en conséquence. Il y a quinze jours environ qu'une nouvelle tumeur a apparu, sur la face antérieure et moyenne, mais, pourtant, un peu à gauche du sternum. Cette tumeur du volume d'un œuf de pigeon, est assez ferme, recouverte par les expansions fibreuses de la région antérieure du thorax, incompressible, sans battemens, sans changement de couleur à la peau et sans chaleur.

Le malade ne peut, du reste, donner d'autres renseignemens, sur le développement de la maladie, sinon qu'il a, sans cause connue, commencé par ressentir une douleur sourde et profonde à l'endroit affecté; puis que, peu à peu,

il a vu paraître la tumeur pour laquelle il est venu réclamer les secours de l'art.

L'état général du sujet est assez satisfaisant; l'appétit est bon, les digestions faciles, le sommeil paisible; la poitrine donne, à l'exploration, une sonorité marquée dans tout le côté gauche. De la matité existe, au contraire, dans le côté droit, et notamment dans l'endroit où se trouve la fistule qui a succédé au premier abcès. Du reste, point de toux; point d'expectoration muqueuse ou purulente; point de mouvement fébrile le soir : application d'un cataplasme sur la tumeur. Quart, matin et soir; eau gommeuse, potion gommeuse.

Du 5 au 11, la tumeur se ramollit, devient douloureuse, et de la fluctuation s'y manifeste. Incision qui met à nu toute l'étendue de la maladie. Une quantité assez considérable de pus, de couleur jaunâtre, s'écoule. Pansement simple; soupe et riz au lait; eau gommeuse, potion gommeuse.

Du 11 au 19, la plaie est en bon état et se couvre de bourgeons charnus; la santé générale est parfaite. Quart, côtelette, vin rouge, eau gommeuse, potion gommeuse.

Du 19 au 27, l'amélioration, quoique lente, est réelle.

Le 28, le malade n'a pas dormi; une inflam-

mation érysipélateuse s'empare des bords de l'ancien trajet fistuleux, et l'humidité purulente, à laquelle ce conduit donne issue, est plus abondante. De plus, les bourgeons charnus de la plaie du sternum prennent un aspect défavorable. Crème de riz, matin et soir; eau gommeuse, potion gommeuse.

Le 29, une nouvelle tumeur apparaît à la partie supérieure du sternum; une sonde, introduite dans l'ancien trajet fistuleux, arrive sur les dixième et onzième côtes, que l'on trouve, l'une et l'autre, dénudées et cariées dans une assez petite portion de leur étendue. Applications émollientes sur le trajet fistuleux et sur l'inflammation érysipélateuse qui l'environne. Diète, bouillon maigre, eau gommeuse, potion gommeuse, fomentations de sureau.

Du 29 au 4 mai, il n'y a aucune amélioration; l'inflammation, au contraire, tend à faire des progrès; de la matité se manifeste dans le côté droit de la poitrine. La tumeur située à la partie supérieure et un peu latérale gauche du sternum augmente d'étendue. Dix sangsues autour du trajet fistuleux; diète, eau gommeuse, potion gommeuse.

Ces moyens procurent un peu d'amélioration; l'inflammation érysipélateuse a disparu en partie. Le malade, néanmoins, maigrit; il tousse,

expectore quelques crachats purulens, dort peu et s'inquiète. Il y a, de plus, de la matité à la partie supérieure du poumon gauche. La tumeur sternale supérieure fait une saillie assez considérable, et l'on parle de trépaner le sternum, persuadé qu'on a affaire à un abcès du médiastin antérieur, lorsque, le 6 mai, la tumeur sternale supérieure a disparu, au grand étonnement de tous ceux qui avaient vu le malade la veille. Toutefois, en examinant la partie avec soin, on voit que la peau s'abaisse et s'élève successivement, lors des mouvemens d'inspiration et d'expiration. Le doigt, en pressant sur elle, sent la crépitation produite par de l'air infiltré dans le tissu cellulaire, et déterminant un emphysème. Pendant la nuit, le malade a rejeté tout à coup, par la bouche, une quantité considérable de matière purulente, qui a inondé son lit et dont nous voyons les traces. On diagnostique que l'abcès, que l'on croyait appartenir au médiastin, s'est ouvert soit dans une des bronches, soit dans la fin de la trachée-artère. Diète, eau gommeuse, potion gommeuse.

Les jours suivans, l'expectoration du pus est des plus abondantes. L'auscultation fait reconnaître de la pectoriloquie à l'endroit où existait la tumeur et où l'on observe maintenant les mouvemens d'élévation et d'abaissement dont nous

avons parlé. Le malade n'a plus de repos, plus de sommeil; le pouls est à quatre-vingt-seize; la peau est couverte de sueur; le visage abattu. Crème de riz, eau gommeuse, potion gommeuse.

Ces médications restent sans effet; la poche formée par l'abaissement de la tumeur et l'issue du pus a acquis plus d'étendue, à en juger par le volume plus considérable qu'elle prend, lors des mouvemens d'expansion respiratoire.

Après quelques alternatives de mieux-être passager, suivies de renouvellemens des accidens avec plus d'intensité, le malade s'affaiblit, s'émacie et meurt dans le marasme, le 28 mai, sans qu'aucun changement notable soit survenu dans l'état indiqué des parties.

Autopsie, faite quarante heures après la mort.

Méninges et encéphale. Le cerveau et ses enveloppes sont sains.

Poitrine. Le thorax est ouvert avec le plus grand soin; le côté gauche est très déprimé. A l'ouverture du médiastin, on reconnaît qu'on s'est trompé touchant le siége de la tumeur sternale supérieure. Il n'existe, en effet, dans la cavité médiastine, rien qui autorise à admettre qu'elle a été le siége d'un travail inflammatoire. On cherche alors à découvrir ce qui a pu donner lieu à l'erreur de diagnostic, et l'on reconnaît, non

sans un examen minutieux : 1° que la tumeur qui, du vivant de l'individu, était alternativement soulevée et abaissée par l'air atmosphérique, avait son siége primitif au sommet du poumon gauche, dans la portion la plus voisine de la trachée-artère et du sternum ; 2° que le foyer purulent, qui s'y était formé, avait acquis un volume considérable, avait fait saillie à l'extérieur, puis avait fini par se faire jour dans les bronches ; 3° enfin, que c'est à cette rupture et au passage du pus dans le conduit aérifère qu'était due l'expectoration si abondamment purulente que le sujet a offerte. Du reste, tout l'organe pulmonaire de ce côté présente une altération qu'il est assez difficile de décrire. Le tissu cellulaire, qui unit entre elles les différentes portions du poumon, semble avoir disparu, et son parenchyme présente quelque chose qui rappelle le foie granulé ; en haut, des portions dures, arrondies, sont liées entre elles par des pédicules vasculaires, à peu près comme les grains du raisin sont unis par leur tige commune.

Les dixième et onzième côtes du côté droit sont cariées, dans l'étendue d'un pouce et demi environ. La portion de plèvre correspondante est considérablement épaissie ; mais entre elle et la portion externe des côtes, se trouvent les vestiges du foyer qui donnait lieu aux humidités pu-

rulentes du trajet fistuleux. Les altérations dont le tissu cellulaire qu'on y rencontre est le siége semblent révéler l'existence, dans cette région, d'un tubercule antérieur.

Quant à la tumeur de la partie moyenne du sternum, elle était due à une altération du tissu cellulaire extérieur de cette région; l'os lui-même était sain.

Abdomen. Quelques traces de phlegmasie chronique à la fin de l'iléon.

Les ganglions mésentériques sont seulement engorgés; mais aucun n'est à l'état de suppuration.

Les organes génito-urinaires sont intacts.

Ce n'est pas sans intention que nous avons rapporté successivement les trois observations précédentes; l'analogie qu'elles ont présentée relativement à un de leurs phénomènes extérieurs, savoir, le développement d'une tumeur fistuleuse sur la région antérieure du sternum, nous commandait ce rapprochement, non moins que l'issue funeste dont deux d'entre elles ont été suivies.

La gravité des abcès de la poitrine, ainsi que le fait observer avec raison le professeur Boyer, dépend presque entièrement de leur siége. D'habitude, entièrement bénins, alors qu'ils occupent les parois extérieures de la ca-

vité, ils acquièrent tout à coup un caractère de gravité remarquable, quand le mal, situé plus profondément, envahit le tissu cellulaire qui unit la plèvre aux muscles intercostaux, et, à plus forte raison, quand ils se forment entre la plèvre et le poumon, devenus adhérens.

Leur pronostic, dans ces cas, est d'autant plus grave qu'ils se sont développés sans cause connue et sous l'influence d'une constitution rhumatismale, syphilitique et surtout scrofuleuse : presque toujours alors leur diagnostic devient des plus difficiles, et il n'est pas rare de voir les praticiens les plus habiles avouer leur ignorance ou, du moins, exprimer leurs doutes, relativement au siége précis et à l'origine du mal.

C'est ainsi que, dans le *deuxième* exemple que nous avons rapporté, le chirurgien hésitait à préciser le lieu où résidait le foyer principal, et avait, cependant, une certaine tendance à le placer dans la plèvre. Dans son opinion, les douleurs ressenties à la poitrine, huit mois auparavant par le malade, avaient été le résultat de l'inflammation de la membrane séreuse; des adhérences entre elle et le poumon en avaient été la conséquence; puis, sous l'influence d'un travail inflammatoire, du pus aurait été sécrété en quantités successivement plus considérables. Le liquide, ne pouvant plus être contenu dans l'étroit

espace où il était enfermé, se serait fait jour en éraillant les fibres des muscles intercostaux et serait ainsi venu faire saillie à la partie antérieure et latérale de la poitrine. Il importe de remarquer que la matité de ce côté du thorax et la toux dont le malade était atteint, ainsi que les points de côté qu'il avait eus antérieurement, semblaient ajouter encore à l'opinion qu'on s'était faite.

L'impossibilité de faire rentrer par la pression le pus dans l'intérieur du thorax donnait, il est vrai, jusqu'à un certain point, de la valeur à ces signes; mais n'était-il donc pas permis de croire que, revenues sur elles-mêmes après avoir livré passage au pus, les fibres des muscles intercostaux s'opposaient au retour du liquide? Les inégalités et l'espèce de tuméfaction que l'on sentait en promenant ses doigts sur les côtes et leurs cartilages ne justifiaient-elles pas, d'ailleurs, cette manière d'expliquer ce phénomène? Aussi, devons-nous le dire, ce ne fut qu'après l'extraction d'une partie du sternum qu'on fut conduit à porter un diagnostic plus sûr. Et, ici encore, comment éviter l'erreur dans laquelle on est tombé? Quel chirurgien, à la vue des symptômes, n'aurait affirmé que le malade était atteint d'un abcès chronique du médiastin, qui tendait à se faire jour à travers le sternum, après en avoir

préalablement opéré la séparation. Ainsi qu'il arrive dans ces abcès, le malade n'avait-il pas ressenti une douleur sourde derrière le sternum? N'avait-il point de l'oppression, de la toux? Le pus ne s'était-il point fait jour au dehors? N'avait-il point transsudé à travers les pièces osseuses qui composent le sternum? Cet os n'était-il point usé? L'extraction d'une portion du sternum était commandée par la mobilité de cet organe, par sa séparation spontanée et sa nécrose. La trépanation semblait opérée par la nature (1).

---

(1) En 1825, nous avons vu M. Mauricheau-Beaupré, ancien chirurgien principal des armées, recourir à cette opération pour un cas tout à fait analogue. Un militaire du 61e de ligne était entré à l'hôpital de Calais dans le courant du mois d'octobre 1825, avec une tumeur située entre la cinquième et la sixième côte du côté droit. Cette tumeur était fluctuante et fut ouverte. La sonde étant introduite dans la plaie, on reconnut une carie des deux côtes correspondantes. La plaie resta fistuleuse. Bientôt une tumeur analogue apparut au sternum : incisée à son tour, elle laissa sortir une certaine quantité de pus semblable à celui que l'on trouve dans les ganglions suppurés. La sonde ayant fait reconnaître que le sternum était érodé et que le pus passait au travers, la trépanation fut décidée, et l'opération eut lieu en ma présence et celle de mon honorable ami, M. le docteur Sauvage, comme moi sous-aide alors à cet hôpital, et aujourd'hui chirurgien-major d'un régiment de hussards. L'ouverture du sternum ne

La mort subite du sujet, trois jours après l'opération, semble fort difficile à expliquer. Quelques secondes, en effet, ont suffi pour la déterminer, et l'autopsie n'a rien révélé à cet égard. Admettre que le péricarde, par suite du contact de l'air, a pu s'irriter et donner lieu aux mouvemens convulsifs dont le cœur était le siége pour provoquer une asphyxie nerveuse, nous paraît bien difficile à concilier avec ce que la physiologie nous enseigne, touchant l'insensibilité du cœur, si bien mise en relief par l'observation, malheureusement unique, de Harvey; et cependant il nous paraît difficile de penser que cette cause y a été complétement étrangère. Nous nous appuyons surtout sur les mouvemens convulsifs qui ont suivi l'extraction du sternum, et la pleurésie qui s'est développée presque aussitôt après. Il est même remarquable que l'inflammation, qui avait d'abord envahi la plèvre et le poumon du côté droit, ait quitté tout à coup cette dernière pour se porter du côté opposé.

---

donna issue qu'à quelques gouttes de pus, et le malade succomba le troisième jour de l'opération. A l'autopsie, on reconnut que les tumeurs étaient dues à des abcès qui s'étaient développés entre la plèvre et les muscles intercostaux. La poitrine présenta, en outre, des traces de pleurite aiguë, du côté droit, développée à la suite de l'opération.

Je n'insisterai pas plus longuement sur ce point : les caractères décrits dans les observations précédentes suffiront, sans doute, pour rendre le diagnostic des abcès tuberculeux sous-pleuraux plus assuré.

§. II. *Lésions du larynx.*

Presque toutes du domaine de la médecine, et, par conséquent, placées dans les divisions de fiévreux, les affections du larynx n'ont été qu'assez rarement l'objet de notre observation. Il est à peine utile de faire mention d'une aphonie, simulée avec une opiniâtreté et une présence d'esprit telles, que la surveillance la plus attentive, les privations et les applications locales douloureuses échouèrent également. Le chirurgien en chef prévint alors le malade que, décidé de le débarrasser de l'infirmité qu'il prétendait lui être si pénible, il avait résolu de lui pratiquer l'opération de la laryngotomie, afin d'examiner directement l'état des parties. Le fourbe, effrayé à la vue des préparatifs déjà faits, demanda du temps pour réfléchir, et depuis lors l'amélioration fut si rapide qu'il sortit, quelques jours après, parfaitement guéri.

Les deux observations suivantes présentent un double intérêt, et sous le rapport de la maladie elle-même, et sous celui de sa marche et de sa ter-

minaison. Il s'agit de croup chez l'adulte, affection rare, trop souvent mortelle, et à laquelle, ainsi qu'on le verra, la laryngotomie fut, dans un cas, opposée sans succès.

CINQUANTE-QUATRIÈME OBSERVATION.

Croup chez un sujet adulte; mort le quatrième jour.

Ch**, canonnier au 6e régiment, âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament sanguin très prononcé, entra, le 13 juin 1834, à l'hôpital militaire de Strasbourg. Placé d'abord dans le service des fiévreux, ce militaire se plaignit d'un mal violent à la gorge, et fut évacué pour les salles de la chirurgie.

Visage coloré, yeux rouges, difficulté extrême dans les mouvemens de la déglutition, rougeur et gonflement des lèvres, inflammation excessive de la gorge, tuméfaction telle des amygdales, que ces organes se touchent et repoussent la luette sur la ligne médiane; exsudation grisâtre, inégalement étendue sur toutes ces parties; langue légèrement rouge à sa pointe et humide à sa surface; respiration laborieuse, quoique exempte de toux; parole presque impossible, pouls fréquent, chaleur sèche et mordicante à la peau; soif vive, agitation très prononcée : tels étaient les

symptômes qu'il présentait lors de son arrivée.

Cet homme affirmait n'avoir commis aucun excès ; seulement il était resté, l'avant-veille, exposé à un courant d'air froid et avait ressenti, le lendemain, à la gorge, une douleur qui ne l'avait plus quitté.

Saignée de 16 onces, quarante sangsues aux parties latérales et supérieures du cou; boissons émollientes, pédiluves sinapisés. Le soir, vingt sangsues nouvelles sont appliquées, et bientôt suivies d'une seconde saignée de 10 onces.

Le lendemain 15, le malade présente une teinte brun grisâtre très prononcée, et qui annonce un début d'asphyxie; la respiration est plus difficile que la veille, sans que, cependant, aucun sifflement l'accompagne, sans que le poumon paraisse engoué. Il semble seulement qu'un spasme opiniâtre des bronches empêche l'air de pénétrer librement jusqu'aux vésicules bronchiques. La toux est toujours nulle; d'ailleurs, les autres symptômes persistent. La rougeur de la gorge, et la tuméfaction excessive des amygdales, semblent indiquer que l'obstacle à la respiration réside à la partie supérieure du larynx et à la glotte. Dans une consultation provoquée par M. le chirurgien en chef, l'opération de la laryngotomie est résolue; le malade, à qui elle est proposée, s'y soumet avec résignation.

Cette opération fut rendue longue et laborieuse par l'ouverture d'un grand nombre de vaisseaux, parmi lesquels des artérioles lançaient un sang aussi noir que celui qui s'écoulait des veines. Dans l'ouverture de la membrane crico-thyroïdienne, fut placée une canule semblable à celle que préconise M. Trousseau, et le malade éprouva un soulagement manifeste, qui, malheureusement, ne fut pas d'aussi longue durée qu'on avait pu l'espérer.

Quelques heures après, en effet, la suffocation redevient imminente : l'air semble ne pouvoir pénétrer au delà des premières ramifications des bronches, et le champ de la respiration se montre plus étroit encore qu'avant l'ouverture du larynx. Deux heures plus tard, la difficulté de respirer avait augmenté, la cyanose faisait de nouveaux progrès et le danger allait croissant. On crut pouvoir faciliter l'entrée de l'air dans le larynx en rescisant les amygdales; mais cette opération ne put être exécutée qu'imparfaitement, à raison des mouvemens de suffocation qui tourmentaient le malade, et ne produisit aucun résultat favorable.

Depuis cet instant jusqu'à celui de la mort, la chaleur du corps, toujours élevée, sembla s'accroître à mesure que l'asphyxie se prononçait davantage. Le pouls faiblit graduellement, les mou-

vemens de la respiration devinrent plus rares; le visage prit une teinte bleu noirâtre, et la mort eut lieu le même jour, à quatre heures du soir.

Autopsie du cadavre, faite trente-huit heures après la mort.

Coloration violacée du visage, yeux saillans, lèvres tuméfiées, plaques bleuâtres aux extrémités inférieures.

Les vaisseaux de l'encéphale, et de ses membranes sont gorgés de sang; incisée, la substance cérébrale laisse suinter de grandes quantités de ce liquide; du reste, le cerveau présente sa consistance ordinaire.

Les amygdales sont d'une couleur rouge-brunâtre, ulcérées dans une grande partie de leur étendue. En examinant avec soin la partie postérieure des cavités nasales, on y reconnaît quelques traces de l'exsudation qui, pendant la vie, a été remarquée sur les amygdales et dans l'arrière-bouche. Cette pseudo-membrane se retrouve, mais plus épaisse, dans le larynx, la trachée-artère et les bronches, où son volume est plus considérable, et dont elle obstrue les dernières divisions. Elle forme partout une sorte de tuyau, surajouté à celui des tubes aériens, dont elle rétrécit d'autant le calibre. La membrane muqueuse des voies aériennes est d'un rouge tellement vif,

qu'elle semble avoir été recouverte d'une couche de vermillon. Les poumons contiennent une grande quantité de sang et sont plus volumineux que dans l'état normal. Le cœur offre son volume habituel; le ventricule droit contient une certaine quantité de sang, le gauche est complètement vide. L'estomac et les intestins sont sains; il en est de même du foie et de la rate, qui sont seulement gorgés de sang noir. Les reins et le reste de l'appareil urinaire ne présentent rien de remarquable.

CINQUANTE-CINQUIÈME OBSERVATION.

Croup chez l'adulte, emploi des mercuriaux. — Guérison.

Le 7 avril 1829, fut admis, à l'hôpital militaire de Strasbourg, le nommé R***, chasseur au 2e régiment d'infanterie légère, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution peu robuste. Le 8, à la visite du matin, cet homme, attentivement examiné, présenta les tonsilles, le voile du palais et le pharynx colorés d'un rouge très vif; l'amygdale droite était plus tuméfiée que la gauche; quelques petites plaques blanchâtres se font remarquer sur la luette. Le malade se plaint d'éprouver un sentiment pénible de sécheresse à la gorge et

de la difficulté dans l'exercice de la déglutition. Le pouls est à peine fréquent, et il n'existe pas de chaleur anormale à la peau.

Trois jours avant son entrée, R*** avait été exposé à la pluie, et, rentré mouillé, il avait négligé de changer de vêtement; de là, des frissons vagues le lendemain, puis le mal de gorge et les phénomènes actuels.

On prescrit une saignée de huit onces, suivie de l'application de vingt-cinq sangsues au cou. Diète, limonade pour boisson; gargarismes acidulés avec l'acide hydrochlorique, pédiluves sinapisés.

Le 9, aucune amélioration n'avait eu lieu; une toux sèche, revenant à des intervalles éloignés, et s'accompagnant de difficulté extrême dans la respiration, s'était manifestée. Une douleur légère se fait sentir au larynx, l'exsudation membraniforme recouvre le voile du palais et les amygdales. Pouls à quatre-vingts, soif modérée. A l'aide d'une éponge convenablement disposée, on touche les plaques membraniformes avec une dissolution de nitrate d'argent (douze grains par once); vingt sangsues sont appliquées ensuite, et les autres prescriptions sont continuées.

Malgré l'énergie de ce traitement, les symptômes continuent leurs progrès. Les quintes de toux se rapprochent, s'accompagnent d'aphonie

et de suffocation; la douleur du larynx a augmenté, la voix offre un timbre sonore et éclatant particulier; l'oreille, appliquée sur la trachée-artère, y distingue une sorte de sifflement, surtout marqué durant l'inspiration; le pouls est à quatre-vingt-trois. Nouvelle saignée de dix onces, quinze sangsues au cou; sinapismes aux jambes; diète, eau gommeuse.

Le lendemain, 11 avril, le malade paraît mieux, les accès de toux ont été moins fréquens; pouls à quatre-vingts, douleur laryngienne moindre, sifflement nul; diète, eau gommeuse, sinapismes aux cuisses.

Le 12, réapparition de tous les symptômes; toux plus fréquente, sifflement redevenu manifeste, timbre métallique de la voix; pouls à quatre-vingt-huit; respiration accélérée, visage pâle et livide, lèvres légèrement violacées; tristesse, abattement; plaques du pharynx et des amygdales presque effacées. La douleur laryngienne est cependant peu vive et la soif modérée. Quinze sangsues au cou, vésicatoires aux jambes; diète, eau gommeuse.

Le 13, nouveaux progrès du mal: la toux provoque des vomissemens de matières muqueuses; bien que les accès de toux soient plus éloignés, le malade n'en est pas moins menacé de suffocation; le sifflement trachéal s'est étendu aux bron-

ches, masque le bruit respiratoire et s'entend à une certaine distance. Les inspirations sont bruyantes comme chez les asthmatiques, l'aphonie est complète; il semble qu'il existe une contraction convulsive des muscles inspirateurs. Pouls à cent dix-huit; lèvres violettes, face pâle; assoupissement. M. Béclard ayant réuni ses collègues en consultation, l'opération de la trachéotomie ne fut pas adoptée, et l'on se décida à l'emploi des mercuriaux. Frictions avec un gros d'onguent mercuriel, réitérées trois fois par jour sur les régions latérales du cou et aux aisselles; calomélas à la dose d'un demi-grain, administré toutes les demi-heures; du reste, continuation des émolliens, de la diète et des révulsifs externes.

Dès le soir, on observa quelque amélioration; la toux, le sifflement, l'accélération du pouls, la teinte asphyxique du visage, ont diminué. Un lambeau de fausse membrane est rendu par le vomissement.

Le 14, on continue le traitement dont les résultats se montrent de plus en plus favorables; deux grains de tartrate antimonié de potasse, administrés dans l'intention de favoriser l'expulsion des produits membraneux, déterminent huit vomissemens, avec lesquels sortent, en effet, quelques nouveaux lambeaux.

Le 16, le vomitif est réitéré et fait rendre des débris de fausse membrane; une diaphorèse abondante lui succède et soulage beaucoup le malade. Depuis cet instant, la convalescence fait de continuels progrès; le mercure, continué jusqu'au 19 avril, tant en frictions qu'à l'intérieur, détermine de la chaleur et de la rougeur aux gencives, sans ulcération, ni même de salivation proprement dite. Après la cessation de son emploi, un vésicatoire au cou, des émolliens, un régime doux, quelques révulsifs sur le canal intestinal, suffirent pour compléter la guérison, qui était parfaite le 25 mai, jour du départ du malade pour se rendre dans sa famille jouir d'un congé de convalescence.

Les deux observations précédentes nous semblent avoir une grande importance : la première offre un exemple de cette angine couenneuse qui précède, selon la remarque de M. Guersent, en beaucoup de cas, le croup, et semble même le déterminer par son extension au larynx, à la trachée-artère et aux bronches. Il serait difficile d'agir avec plus de vigueur qu'on ne l'a fait dans ce cas pour combattre l'inflammation d'une membrane muqueuse, et cependant la marche de la maladie n'en fut aucunement enrayée; la laryngotomie elle-même, si manifestement indiquée par l'asphyxie, n'a ranimé que pour quelques ins-

tans la respiration. Eût-on été plus heureux à l'aide de frictions mercurielles, du calomélas, de quelque caustique immédiatement appliqué sur la partie affectée? nous en doutons. Les phénomènes inflammatoires locaux étaient trop tranchés, la rougeur de la membrane muqueuse du larynx, de la trachée-artère et des bronches était trop vive, pour ne pas entraîner et justifier l'emploi du traitement antiphlogistique le plus rigoureux. Que si les symptômes eussent affecté une marche moins rapide; si surtout quelque diminution dans leur intensité se fût manifestée; si seulement le travail phlegmasique était resté quelques instans stationnaire, le chirurgien eût pu recourir à des moyens de ce genre. Mais comment y songer, lorsqu'en quelques heures la mort s'approche, menace sa victime et s'en empare au milieu d'une irritation incessante, que l'on doit croire possible de juguler à force d'énergie et de persévérance?

Dans la seconde observation, si analogue, d'ailleurs, à la première, les accidens offrirent cette marche plus lente, qui permet de quitter les antiphlogistiques pour recourir aux mercuriaux. Les premières évacuations sanguines avaient même produit une amélioration notable, lorsque les symptômes se ranimèrent, et alors la médication mercurielle révulsive fut suivie d'un succès d'autant plus heureux et facile qu'il avait

été préparé par les évacuations antérieures. Si nous avions à faire la part de ces désordres de médication, nous dirions que les premiers, les antiphlogistiques, ont agi en maîtrisant l'inflammation, et les seconds, les mercuriaux et l'émétique, en diminuant le spasme, en modifiant la sécrétion plastique, en favorisant l'expulsion des lambeaux membraneux formés dans les voies de la respiration. C'est de cette manière que les uns et les autres ont contribué à la guérison; c'est aussi en les associant ou en les combinant suivant ces principes que les praticiens éclairés obtiennent, de toutes, des succès qu'aucune d'elles, isolément, ne saurait procurer en égal nombre.

ARTICLE XI. MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF.

§ I. *Lésions de la bouche.*

CINQUANTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Tuméfaction cancériforme de la lèvre supérieure; ablation par une section semi-lunaire; guérison.

L***, soldat au 4e d'artillerie, reçut, en faisant des armes, un coup de fleuret, non démoucheté,

sur la lèvre supérieure, et à la région moyenne de cet organe.

La douleur fut des plus violentes, et il en résulta presque aussitôt une ecchymose considérable. Toutefois, le blessé ne voulant point entrer à l'hôpital, le chirurgien du corps lui conseilla des applications froides, continues, et le repos. La douleur fut promptement calmée; mais la tuméfaction persistant, malgré la persévérance avec laquelle le malade suivit les sages conseils qui lui avaient été donnés, il entra à l'hôpital le 7 mai 1836, un mois après l'accident.

La lèvre supérieure présente, dans les deux tiers de son étendue, une tuméfaction dure, brunâtre, ulcérée à sa surface, qui se couvre facilement de sang, et dont les bords ont un aspect rougeâtre. Cette tuméfaction a six lignes environ de hauteur à sa partie moyenne, et va en décroissant de l'un et l'autre côté. La lèvre est d'ailleurs sans chaleur manifeste, et peu douloureuse à la pression.

Des sangsues furent d'abord appliquées, à différentes reprises, sur les environs de la tumeur, que l'on recouvrit incessamment de substances émollientes; plus tard, on essaya, mais sans aucun succès, les résolutifs. Le temps cependant s'écoulait, l'ulcère augmentait d'étendue, sa base devenait plus large et plus dure, des élancemes

s'y faisaient sentir ; l'ablation, que désirait d'ailleurs le malade, fut résolue et pratiquée le 2 juin, avec des ciseaux à bec de lièvre et au moyen d'une section semi-lunaire.

Il résulta d'abord de l'opération une perte de substance assez considérable, qui laissait à découvert une partie des dents incisives supérieures ; la plaie suppura, puis, peu à peu, la lèvre prit plus de volume, s'abaissa, et, lorsque le malade sortit de l'hôpital, la perte de substance était si peu considérable, qu'à peine s'apercevait-on qu'une partie de l'organe avait été touchée.

Si l'inflammation des yeux occupe une large place parmi les affections dont sont souvent atteints les militaires qui entrent dans nos salles, il faut en dire autant de celle de la bouche.

Les *stomatites* se présentent à Strasbourg sous les diverses formes qui leur ont été assignées par les auteurs ; cependant la forme la plus commune est, sans contredit, la phlegmasie franche des gencives, et qu'un traitement simple suffit pour guérir en quelques jours.

Après la stomatite simple, c'est à dire sans ulcération, ou érythème de la membrane muqueuse, vient, sous le rapport de la fréquence, celle connue sous le nom d'*aphthes*. On sait que cette maladie varie en intensité et en étendue, et que ces deux caractères ont servi, à quel-

ques auteurs (1), de base pour établir leurs divisions.

Les aphthes érythémateux ont été peu nombreux, je n'ai trouvé dans les cahiers de clinique que trois observations de ce genre; les malades sont sortis cinq jours après leur entrée, et un traitement simple a suffi pour faire obtenir leur guérison.

L'aphthe couenneux n'a été observé que deux fois sur deux sujets de constitution sanguine, et d'une coloration remarquable.

La maladie avait débuté par une rougeur assez vive des gencives et de la face interne des joues; il y avait un peu de fièvre et une sensibilité assez considérable des parties phlogosées.

Une saignée fut pratiquée, ce qui n'empêcha pas que le troisième jour, chez l'un d'eux, et le quatrième, chez le second, des points blancs ne se fussent manifestés sur la membrane muqueuse; ces points étaient surtout sensibles derrière les lèvres, et bientôt ils se multiplièrent, s'étendirent et finirent enfin par se réunir, puis donnèrent naissance à des plaques irrégulières assez minces.

Il survint un peu de diarrhée; la surface mu-

---

(1) Dugès, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tome III, p. 187 et suivantes.

queuse, dépourvue d'épithélium, reproduisit pendant plus de quinze jours l'exsudation couenneuse; toutefois, les deux malades guérirent à l'aide d'un régime adoucissant, des boissons émollientes, des applications locales de sangsues, puis de gargarismes acidulés et chlorurés.

Quant aux aphthes ulcéreux, les seuls auxquels quelques modernes aient voulu donner le nom d'aphthes, ceux-ci ont été assez nombreux; ils nous ont paru, dans tous les cas, avoir leur siége dans les follicules muqueux, et n'ont point d'ailleurs réclamé d'autres soins que ceux dont il a été déjà question : lotions, gargarismes adoucissans, acidulés, chlorurés. On débute presque constamment par le nettoiement attentif des dents encroûtées de tartre et de mucus, et par quelques lotions d'un gros d'acide nitrique sur une once d'eau, selon le conseil donné par M. le docteur Brée. Plusieurs fois, on a été obligé d'avoir recours au nitrate d'argent; presque toujours alors l'ulcère avait son siége à la partie des gencives qui correspond aux dernières dents molaires.

Une chose à laquelle on doit attacher la plus grande importance est le régime; la sévérité dans l'établissement est telle, à cet égard, que les malades ne mangent, jusqu'à leur complète guérison, que de la panade, de la bouillie, du riz au lait, ou des pruneaux. Souvent cette absence

d'alimens solides, sur lesquels les dents doivent exercer une action plus ou moins forte, suffit pour amener une guérison que l'on aurait en vain attendue sans ce secours.

Une autre maladie propre aux affections de la bouche et que nous avons souvent occasion d'observer, à cause du fréquent usage du calomélas, est la salivation.

Considérée naguère comme une condition *sine qua non* de l'efficacité du traitement anti-syphilitique, cette affection s'est montrée plusieurs fois avec un tel degré d'intensité, que les douleurs ressenties par les malades étaient intolérables; c'est surtout lors du gonflement de l'organe de la gustation que les douleurs sont le plus vives, le relief que forme la langue, dans ces cas, la mettant sans cesse en contact avec les dents, et y produisant une douleur qui s'accroît à mesure que l'irritation mercurielle fait des progrès. Ce que les malades rendent de salive dans ces circonstances est parfois prodigieux ; on concevrait difficilement d'où peut naître une telle quantité de liquide, si l'on ne savait qu'il provient non seulement des glande ssalivaires, mais encore de toutes les parties intérieures de la bouche.

C'est à tort que des praticiens, d'ailleurs célèbres, ont pensé qu'il était toujours possible d'éviter la salivation en prenant les précautions

nécessaires, et en cessant l'emploi du mercure, aussitôt qu'un goût métallique se fait sentir à la bouche, et que la langue et les gencives deviennent plus rouges et plus chaudes. S'il en est ainsi dans beaucoup de cas, il existe de nombreuses exceptions, lesquelles démontrent que, l'impulsion étant donnée, il n'est souvent plus possible de l'arrêter. Il y a six mois environ que nous avons donné des soins à la femme d'un ancien employé des contributions indirectes, atteinte d'une affection du foie. Le calomélas, bien qu'administré à un demi-grain matin et soir, suffit pour provoquer la salivation dès le troisième jour; et, bien que la malade en eût cessé immédiatement l'emploi, la fluxion buccale se développa avec des caractères tellement intenses, à raison de l'irritabilité du sujet, que des phénomènes nerveux assez inquiétans se manifestèrent. La constipation devint si opiniâtre, que nous fûmes obligés d'avoir recours à l'huile de croton-tiglium, administrée à la dose de six gouttes dans une potion. Plus récemment, M. Bégin a été dans la nécessité de se servir du même moyen pour provoquer les excrétions alvines chez un officier atteint d'une salivation également excessive et opiniâtre.

Les antiphlogistiques locaux ont été rarement employés pour combattre la salivation. Les sang-

sues, appliquées chez plusieurs malades, ont quelquefois réussi à abréger la maladie; elles sont loin cependant de produire un effet aussi avantageux que celui qu'on pourrait se croire en droit d'en attendre. Le régime sévère, les gargarismes émolliens ou acidulés, des pédiluves sinapisés, de légers purgatifs, le sulfate de soude, le plus souvent, par la bouche, plus rarement par le rectum, quelquefois l'huile de croton-tiglium par la partie supérieure du tube digestif, ou sur la surface cutanée disposée convenablement, puis les calmans et les opiacés; tels sont les moyens à l'aide desquels on est parvenu à triompher de cette irritation des glandes salivaires et de la bouche, irritation quelquefois précieuse, vraiment curative, mais, dans d'autres cas, inutile ou même dangereuse, et toujours fort incommode.

Quant à la durée de la salivation, bien que nous n'ayons point tenu de compte parfaitement exact, nous croyons pouvoir affirmer qu'elle a été, pour la moyenne, de douze à quinze jours.

Une remarque pratique qui n'est pas sans quelque intérêt est la suivante : rarement les individus qui ont été atteints de salivation par suite de l'usage des pilules de ciguë et de calomélas, et chez lesquels on en a suspendu l'usage, sont atteints, une seconde fois, de la même affection; presque toujours, au contraire, quand ils re-

prennent l'emploi de ces pilules, si leur action se décèle par une irritation nouvelle des voies digestives, c'est la partie inférieure du canal qui en est le siége, et la diarrhée se déclare tantôt légère, tantôt intense, et forçant le praticien à les suspendre s'il ne veut s'exposer à voir survenir une inflammation vive des intestins. Cependant, et cette remarque n'est pas moins importante que la précédente, rarement la diarrhée qui survient alors est dangereuse, comme si le flux abondant qu'elle détermine diminuait la gravité du mal, comme si l'excès d'irritation s'écoulait, en quelque sorte, avec les sécrétions qu'elle provoque.

Quoi qu'il en soit, si les affections de la partie supérieure du tube digestif, dont nous venons de parler, ne sont point graves dans leurs conséquences, alors qu'elles sont traitées convenablement, il n'en est pas de même de la maladie suivante, dont la gravité est telle, que presque toujours la mort en est promptement le résultat.

CINQUANTE-SEPTIÈME OBSERVATION.

Gangrène à la partie interne de la bouche. — Mort. — Autopsie.

G***, chasseur au 16e léger, âgé de vingt-trois ans, d'une constitution faible, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg le 12 avril 1834, et

fut placé, à son arrivée, dans le service des fiévreux, d'où il était sorti six semaines auparavant. A la visite du matin, ce militaire, ne se plaignant que d'un mal de bouche, fut évacué dans le service des blessés.

Interrogé sur les causes présumables de son affection, il raconta qu'environ trois mois auparavant, il était entré à l'hôpital à la suite d'accès de fièvre, qui l'avaient beaucoup fatigué. Au moment de son arrivée, il était atteint de diarrhée, affection à laquelle il était sujet depuis un an environ, et qui reparaissait au moindre écart de régime ou à la moindre infraction aux règles de l'hygiène. Soumis à une alimentation convenable, son indisposition avait cédé assez promptement ; mais, soit par suite de son séjour à l'hôpital, soit par l'effet de causes plus difficiles à apprécier, il fut pris, au moment où il allait sortir, de phénomènes typhoïdes assez graves, et qui firent craindre, pendant quelques jours, une terminaison funeste. Il se remit toutefois assez promptement, et sortit de l'hôpital en bonne santé.

Cet état de bien-être ne fut pourtant pas de longue durée; car, au dire du malade, il se sentait souvent faible, avait des digestions pénibles, dormait mal, ressentait souvent de la soif, et plus d'une fois avait été sur le point de réclamer une exemption de service, ou de prendre le congé de

convalescence qui lui avait été offert par le médecin de l'hôpital.

Trois jours avant son entrée actuelle, il avait éprouvé, à la partie interne et moyenne de la joue gauche, une douleur peu intense, et marquée seulement pendant les mouvemens de la mastication. Le lendemain, la joue était gonflée à l'extérieur, et ses camarades, auxquels il montra son mal, remarquèrent qu'il exhalait une mauvaise odeur, dont il ne s'alarma pas, car la douleur était si peu vive, qu'il comptait guérir promptement. Enfin, le 12 au matin, s'étant senti très fatigué, il avait demandé une exemption de service que le chirurgien du corps avait convertie, malgré lui, en billet d'hôpital. Du reste, G*** n'accusait d'autre douleur que celle produite par le contact des substances alimentaires sur la partie malade.

Examiné avec attention, l'intérieur de la bouche présente, à la partie moyenne de la joue gauche, une ulcération de la membrane muqueuse, de la grandeur d'une pièce de vingt sous environ. Cette ulcération, d'un gris sale, est recouverte d'une petite quantité de matière purulente couenneuse. Tout autour, et jusqu'à la commissure des lèvres du même côté, la tuméfaction est considérable; ces parties, y compris les gencives, depuis l'ulcération jusqu'aux dernières limites en arrière, et jusqu'à la dent canine gauche,

en avant, ont une teinte gris noirâtre. En dehors, la peau de la paupière et de la joue correspondante paraît œdémateuse, luisante, élastique. Il existe, sur un des points de cette dernière, une tache jaunâtre, qui correspond à l'ulcération interne. L'haleine exhale une odeur des plus pénétrantes et fétides.

Les fonctions cérébrales sont intactes; le malade paraît un peu triste, mais il semble que ce soit une disposition naturelle de son esprit, plutôt que l'effet de l'état morbide.

Le pouls est faible et peu fréquent; la respiration paraît ralentie, la calorification est en rapport avec la lenteur des mouvemens respiratoires; il y a prostration des forces musculaires; cependant le malade a conservé de l'appétit; il ne paraît point avoir la conscience du degré de gravité de son affection, gravité qui n'échappa point au chirurgien en chef. Celui-ci annonça aussitôt que la vie du malade était en danger, et que, si quelque chose pouvait sauver ses jours, c'était l'application immédiate du cautère actuel, sur toute la partie de la bouche qui était déjà le siége de la coloration noirâtre.

Cette résolution fut annoncée au malade, qui opposa d'abord quelque difficulté à l'opération, mais finit par se rendre aux raisons qui lui furent données pour le convaincre. Les instrumens, ayant

été chauffés à blanc, furent incontinent appliqués sur la partie interne de la joue et la partie externe des gencives dans tout le côté gauche de la cavité orale; trois cautères, successivement éteints, furent employés à cette cautérisation rendue très profonde; la commissure des lèvres du côté malade ne put être épargnée. Le malade parut souffrir beaucoup pendant l'opération.

Il fut d'ailleurs mis à la diète et à l'usage des stimulans et des toniques à l'intérieur; il fut convenu qu'on aurait recours, en temps opportun, aux applications toniques locales.

Le malade, revu à différentes reprises dans la journée, n'offrit aucun phénomène nouveau; seulement le pouls s'affaiblissait de plus en plus, et les forces diminuaient à proportion.

Vers midi, des sinapismes furent appliqués aux jambes, afin de réveiller, s'il était possible, l'action du système nerveux; le soir, on appliqua deux vésicatoires à la partie interne des cuisses, mais tout fut inutile, et le malade succomba à quatre heures du matin, sans se douter, pour ainsi dire, qu'il allait cesser de vivre.

Autopsie, vingt-huit heures après la mort.

Encéphale et méninges dans l'état normal.

Cavité orale : la peau de la joue, ainsi que celle de la paupière supérieure et de la tempe gauche, est infiltrée de sérosité purulente; à l'endroit cor-

respondant à la tache jaune, elle offre un aspect noirâtre et est évidemment gangrenée : le bistouri, porté sur ce point, arrive promptement jusqu'aux parties qui avaient été le siége de la cautérisation. Toutes les parties molles, comprises depuis la base du maxillaire inférieur jusqu'à l'arcade zygomatique, et du niveau des masseters à la commissure des lèvres du côté gauche, sont ramollies et converties en une masse gangreneuse. Le périoste d'une grande portion du maxillaire supérieur correspondant est détaché de l'os, qui, sur certains points, présente des taches noirâtres; les dernières dents molaires des deux maxillaires vacillent dans leur alvéole; il n'y a pas jusqu'aux ligamens de l'articulation temporo-maxillaire qui ne soient ramollis et infiltrés; tout le côté droit de la bouche est sain; il en est de même de l'œsophage, dont la rougeur est normale.

Poitrine : il existe quelques adhérences du côté gauche; les poumons, le cœur et le péricarde sont d'ailleurs sains.

Abdomen : à l'ouverture de la cavité abdominale, on reconnaît les traces d'une péritonite chronique; sur le péritoine, qui est d'un gris-brun tirant sur le noir en plusieurs points, se montrent des granulations multipliées, qui sont surtout nombreuses sur le grand épiploon; des

adhérences celluleuses existent également entre le foie et l'estomac; le péritoine est généralement épaissi.

L'estomac est sain dans toute son étendue; l'intestin grêle ne présente rien de remarquable; il en est de même du gros intestin, à l'exception, toutefois, du colon transverse, qui, sur quelques points, offre une coloration grise.

Le foie et la rate sont sains et contiennent peu de sang; les reins sont à l'état normal; la membrane muqueuse vésicale est pâle; une certaine quantité d'urine un peu trouble est contenue dans la vessie; des incisions pratiquées à dessein sur les extrémités supérieures et inférieures n'ont fait apercevoir rien de particulier.

Réflexions.

La maladie dont on vient de lire l'histoire est à la fois intéressante et des plus rares. L'attention est d'abord frappée de la naissance obscure, de la marche insidieuse, des progrès rapides, et de la terminaison brusque et funeste de cette affection. Les auteurs s'accordent sur les caractères dangereux des maladies gangreneuses et charbonneuses de la bouche, et n'ont rapporté qu'un très petit nombre d'exemples où la mort soit survenue aussi promptement. L'observation de Poupart, insérée dans les *Mémoires de l'aca-*

démie des sciences, fait seule exception à cette règle ; car il y est dit que le malade *mourut tout d'un coup dans le temps qu'on s'y attendait le moins ;* mais, en consultant le travail de cet écrivain célèbre, on voit que la gangrène ne s'était point bornée à la bouche, et *que toutes les parties intérieures du corps étaient pourries*, circonstance plus que suffisante pour expliquer la rapidité de la cessation de la vie. On conçoit, en effet, combien la mort doit être prompte lorsque la gangrène a fait d'aussi grands ravages; mais l'explication devient plus difficile quand la maladie reste locale, aussi le malade ne succombe-t-il généralement alors que plus tard, quoique cependant d'une manière prompte : Fabrice de Hilden, Van-Swieten, Berthe, Capdeville, Saviard, Undervood, et, plus tard, Baron, Isnard-Cevoul, Bégin, sont tous d'accord sur ce point. Il est vrai que l'observation que nous venons de rapporter n'est point, à la rigueur, parfaitement semblable à celle dont Van-Swieten a fait mention ; car cet écrivain célèbre n'avait eu en vue qu'une affection scorbutique propre aux enfans : « Nulle part, » dit-il, « l'humeur scorbutique ne fait des ravages aussi étendus et aussi rapides qu'aux gencives. » Elle diffère même, jusqu'à un certain point, de celle que l'on doit à Berthe, Capdeville, Chopart et Baron; car tous ces praticiens ne parlent que

de faits observés sur les enfans, chez lesquels d'ailleurs la maladie avait commencé presque toujours, excepté dans les cas rapportés par M. Baron, par les gencives. La seconde observation de M. Isnard est, à la vérité, relative à une fille de trente-huit ans. Pour être juste, il faut ajouter même qu'à propos du traitement, Van-Swieten dit que l'escarre, qui succède à la tache blanche, tombe si le mal n'est pas bien considérable et qu'il affecte des adultes; et plus loin il raconte qu'il a été appelé pour un homme gros et replet, atteint de cette affection. Mais n'en serait-il pas ainsi, qu'il faudrait se garder de nier l'analogie des deux affections, les adultes étant susceptibles de contracter presque toutes les maladies de l'enfance, ainsi qu'on le voit pour le croup : l'expérience seulement a prouvé ici, contre Van-Swieten, que la maladie, loin d'être moins grave chez les adultes, marche quelquefois avec encore plus de rapidité.

Quoi qu'il en soit, si l'on remonte aux causes qui paraissent avoir donné naissance à cette grave affection, l'analogie qui paraît exister entre elle et la maladie décrite par les auteurs se dessine bien plus encore : non seulement le sujet était d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible et détériorée par une maladie grave, mais encore il était soumis à la tempéra-

ture froide et humide de la citadelle; de plus, la nourriture dont il faisait usage, quoique saine et suffisante pour un homme bien portant, était peu propre au rétablissement d'un valétudinaire; à plus forte raison en doit-on dire autant des exercices et des corvées auxquels il était astreint.

Il ne nous a point été donné, il est vrai, d'assister au développement de l'affection; mais tout ne porte-t-il pas à penser qu'ici encore, comme dans tous les autres cas rapportés par les écrivains dont nous avons déjà parlé, la maladie a commencé par une simple ulcération de la membrane muqueuse de la joue gauche, superficielle d'abord, blanchâtre, peu étendue, peu douloureuse, mais qui, à raison de sa nature septique, a marché rapidement vers la désorganisation; et, plus tard, quand la mort eut terminé en quelques heures les jours du malade, les altérations cadavériques ne vinrent-elles point confirmer surabondamment le pronostic qui, au premier aspect, fut porté sur cette affection, si simple en apparence?

Faut-il, à l'exemple de Berthe et Capdeville, attribuer la rapidité de la mort à la déglutition des miasmes putrides dans les voies digestives ou à leur absorption par des voies respiratoires? Mais, outre que les adultes n'avalent pas, comme les enfans, leur salive, et qu'il soit peu présu-

mable que les miasmes putrides soient entraînés dans les voies aériennes, n'est-il pas plus naturel de rapporter la promptitude de la cessation de la vie à l'état de débilité dans lequel se trouvait le malade, à peine remis d'une affection grave? On sait quelles atteintes profondes éprouve le principe de la vie à la suite des gastro-entérites graves, et combien sont longues les convalescences des affections typhoïdes; combien de malheureux que l'on avait guéris n'ont-ils point succombé pendant cette dernière période, par suite de l'épuisement du système nerveux? Or, s'il en est ainsi pour ceux qui ne conservent aucune trace organique de cette grave affection, à quels dangers ne sont point exposés ceux à qui il reste, comme à G***, une inflammation chronique du péritoine? En vain la nature épuisée cherche à réparer ses pertes, une irritation sourde est là, qui mine sans cesse les organes et en prépare la ruine; aussi le plus petit écart de régime, la plus légère imprudence suffisent-ils pour mettre de nouveau les jours du malade en danger, et la mort en est-elle promptement le résultat.

Quant au traitement à suivre en pareille circonstance, l'application du feu peut être, à bon droit, considérée comme le meilleur moyen qu'il soit possible d'opposer à cette dangereuse maladie. Qu'espérer alors des remèdes vantés

par Van-Swieten et Berthe? Ira-t-on, à l'exemple du premier, chercher à dompter *la pourriture par l'esprit de sel marin* (acide muriatique)? Mêlera-t-on, selon le commentateur de Boerhaave, vingt gouttes de cet esprit avec une once et demie de miel rosat, ou bien, pour être certain *de triompher* du mal, emploiera-t-on l'esprit de sel marin *tout pur?* Est-ce aux eaux alumineuses et de Rabel? Mais n'y aurait-il point de la déraison à compter sur le succès à l'aide de ces moyens, lorsqu'on voit l'application du feu échouer elle-même? La maladie ne se borne pas entièrement à la partie affectée; l'ulcération de la bouche n'est vraisemblablement, jusqu'à un certain point, que l'expression locale d'une maladie générale, et dès lors le traitement ne saurait être purement local. Il s'en faut cependant que le traitement interne réponde à l'efficacité qu'on serait en droit d'attendre : les cordiaux, les stimulans, sous quelque forme qu'on les administre, ne parviennent que très rarement à ranimer l'action affaiblie du système nerveux. On ne croit plus d'ailleurs à la vertu miraculeuse des agens antiseptiques, et les altérations du sang, malgré les travaux de notre honorable et savant ami le professeur Forget, sont encore trop peu connues pour qu'il soit facile, dans l'état actuel de la science, de les com-

battre avec efficacité. D'ailleurs, la plupart des médicamens que l'on a recommandés dans cette intention ne sont-ils pas pris dans la classe des stimulans? et qu'espérer, dans l'espèce, de l'action de ces substances? n'auront-elles pas pour effet d'éveiller la susceptibilité des viscères, de ranimer une irritation mal éteinte, de provoquer des complications intérieures graves? Aussi les espérances de succès doivent-elles être bien faibles, et, si quelques moyens doivent réussir, ce sont manifestement le feu d'abord, puis, à l'intérieur, des médications appropriées à l'état de l'appareil digestif.

Dans un cas de ce genre, M. Bégin, ainsi qu'il le rapporta dans les leçons cliniques, a réussi, au Val-de-Grâce, à procurer la guérison. Le malade perdit la joue droite, la plus grande partie de la face externe du côté correspondant de la mâchoire inférieure, et une partie du maxillaire supérieur. Il succomba, toutefois, l'année suivante, à l'occasion d'opérations tentées pour combler la perte considérable de substance laissée par la maladie. M. Bégin vit succomber également, un an ou dix-huit mois après la guérison, un homme traité avec succès par la cautérisation d'une affection de ce genre, et qui venait au Val-de-Grâce chercher un remède à la mutilation dont le visage était le siége. Cet homme était faible,

triste, languissant ; il succomba huit jours après son entrée, avant qu'on eût entrepris aucune opération. Selon la remarque du professeur, les sujets affectés de la cruelle maladie qui nous occupe, après avoir échappé aux dangers immédiats qu'elle entraîne, restent encore pendant fort longtemps frappés d'inertie, de prostration nerveuse, et incapables de fournir au développement des mouvemens vitaux énergiques : circonstance qui ajoute encore à la gravité du pronostic qu'il convient de porter sur leur état.

§ II. *Plaies de l'abdomen.*

CINQUANTE-HUITIÈME OBSERVATION.

Plaie par piqûre ; accidens inflammatoires intenses. — Mort.

F***, soldat au 2e d'artillerie à pied, d'un tempérament nerveux très prononcé, âgé de vingt-cinq ans, fut admis à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 5 janvier 1828; il venait de recevoir, en duel, un coup de fleuret dans le côté droit de l'abdomen. Au niveau du bord interne du muscle droit de ce côté, existe une très petite ouverture, de forme presque circulaire, dont les bords sont légèrement tuméfiés et douloureux à la pression. Cette douleur est d'ailleurs assez circonscrite, et

semble correspondre exclusivement au trajet oblique parcouru par l'instrument, lequel ne semble pas avoir pénétré dans l'abdomen, bien qne le malade se plaigne d'un malaise extrême, d'une grande faiblesse, et que des nausées se manifestent. Le pouls est petit, la peau froide et le visage décoloré.

Le blessé ayant été placé dans un lit chaud, des fomentations émollientes et narcotiques furent appliquées sur le ventre, et des boissons délayantes prescrites. Le soir, la réaction détermina la fréquence du pouls, la chaleur de la peau, la coloration du visage, une soif assez vive, accidens que l'on crut pouvoir combattre efficacement à l'aide d'une saignée de douze onces et de six ventouses scarifiées sur la plaie et son trajet; des fomentations émollientes et narcotiques sont continuées; diète, limonade, potion gommeuse.

Le 6 janvier, nuit sans sommeil, inquiétude, agitation, visage exprimant la douleur. Le blessé accuse toujours une vive douleur à l'abdomen, se plaint qu'elle gagne en étendue, et augmente au moindre mouvement; il a vomi deux fois vers le point du jour, et il ajoute que le vomissement a été précédé et suivi de hoquet. Plaie plus rouge que la veille; tuméfaction et dureté du ventre; pouls accéléré; dyspnée; chaleur à la peau. Saignée de douze onces; six ventouses scarifiées au-

tour de la plaie; limonade, potion gommeuse, lavement émollient (le malade n'a pas eu de selle depuis l'accident); fomentations émollientes sur l'abdomen.

Malgré l'énergie et l'opportunité de ces médications, les accidens firent des progrès. Le lendemain, 7 janvier, après une nuit agitée, on trouva le ventre tuméfié et météorisé; les vomissemens ont continué (quatre dans la journée et un dans la nuit). Le pouls est petit, concentré; la dyspnée est plus intense; la douleur s'est propagée à l'abdomen : on observe quelques soubresauts dans les tendons; la plaie est très rouge et la rougeur a fait des progrès depuis la veille.

On croit utile de la débrider, en incisant une partie de son trajet; mais, malgré les pressantes sollicitations qui lui sont faites, le blessé se refuse à cette légère opération.

Vingt sangsues sont appliquées alors autour de la solution de continuité; fomentations émollientes; lavement émollient; limonade; potion gommeuse.

Vers onze heures du soir, les vomissemens deviennent plus fréquens : le blessé est plus faible; le hoquet se renouvelle et s'accompagne de spasme à la gorge; des mouvemens convulsifs ont lieu dans les extrémités. Une incision pratiquée alors sur la plaie donne issue à une petite quantité de

pus sanguinolent, et ne procure qu'un faible soulagement. Durant la nuit survient une garde-robe, qui diminue le ballonnement du ventre.

Les symptômes persistent d'ailleurs avec une déplorable opiniâtreté. Les mouvemens convulsifs dans les membres persévèrent malgré les fomentations émollientes sur le ventre, et quelques antispasmodiques à l'extérieur. Le calme succède à cet orage; le blessé s'affaiblit rapidement, et succombe à une heure et un quart du matin.

Autopsie, faite trente-six heures après la mort.

Le cerveau et ses membranes sont dans l'état normal; les sinus contiennent une plus grande quantité de sang que dans l'état naturel.

Les poumons sont, à la partie postérieure, gorgés de sang noir, par l'effet de la stase cadavérique; il existe quelques adhérences du côté droit. Le cœur et ses vaisseaux sont dans l'état sain.

Le pharynx est un peu plus rouge que dans l'état ordinaire. L'œsophage a la coloration normaale.

Le ventre est ballonné. Ainsi qu'on l'avait supposé, l'instrument a traversé obliquement, de dehors en dedans, toute l'épaisseur du muscle droit, a divisé incomplètement deux filets nerveux, et s'est enfin arrêté sur la ligne blanche, dont il a éraillé quelques fibres. Il existe un peu de pus

dans les intervalles des faisceaux musculaires, au dessous de l'incision faite par le bistouri, lors du débridement. On remarque, en outre, de la tuméfaction et même un peu de sang épanché aux environs, mais point de pus. Les fibres éraillées de la ligne blanche sont légèrement rougeâtres. La cavité abdominale ne contient aucun liquide. Le péritoine est sain, et l'estomac, les intestins grêles et le gros intestin, examinés avec la plus grande attention, ne présentent rien de particulier. Il en est de même du foie et de la rate.

Les organes génito-urinaires sont sains.

Cette observation justifie la remarque des anciens, qui signalaient comme éminemment graves les plaies des parties tendineuses et musculaires ; peu de régions dans l'économie sont mieux disposées, sous ce rapport, que la partie antérieure de l'abdomen, à raison des expansions aponévrotiques dont elle se compose. Il s'en faut pourtant que les blessures de cette partie soient généralement suivies de résultats aussi déplorables : le plus ordinairement, au contraire, les phénomènes inflammatoires, quelque nombreux qu'ils soient, cèdent au débridement qui leur est opposé, ou, s'ils persistent, se terminent, après une durée de quelques jours, par une suppuration plus ou moins abondante.

A en juger, pendant la vie de l'individu, par le

ballonnement du ventre, la sensibilité vive de cette région, les hoquets, le vomissement, la constipation, la faiblesse générale, la petitesse et la fréquence du pouls, on eût dit que le péritoine était le siége d'une phlegmasie intense, provoquée, peut-être, par l'épanchement de matières intestinales, ou par l'étranglement de quelque portion d'intestin dans la plaie; et, cependant, à l'autopsie du cadavre, cette membrane, ainsi que tous les viscères abdominaux, ont été trouvés intacts. Bien plus, à part la petite quantité de pus rencontrée dans le trajet de la plaie et dans ses environs, l'examen le plus attentif n'a fait reconnaître aucune altération pathologique grave. Mais il est des hommes dont le système nerveux est tellement mobile, tellement irritable, que la moindre lésion met en jeu leurs sympathies, excite de grands désordres dans les principaux viscères, et peut entraîner la mort.

Peut-être conviendrait-il, dans des cas semblables, de débrider immédiatement les plaies, et d'insister ensuite, non seulement sur les antiphlogistiques, mais aussi sur les narcotiques et les calmans : on parviendrait, selon toutes les vraisemblances, à l'aide de ces moyens, à s'opposer au développement des symptômes nerveux que l'on a tant de raison de redouter.

Quant aux plaies pénétrantes de l'abdomen,

nous avons eu l'occasion d'en observer quelques unes qui ont guéri, mais sans présenter de signes de la lésion d'un viscère, et sans offrir, dès lors, d'intérêt pour la science. Parmi celles dont le résultat a été moins heureux, nous croyons devoir rapporter le suivant, que nous devons aux communications cliniques de M. Bégin, et qui est, selon nous, des plus intéressans.

Un militaire reçoit, en duel, un coup d'espadon dans le flanc gauche; la douleur, au moment de la blessure, est très vive, et le sujet perd connaissance. Conduit à l'hôpital, des symptômes de péritonite se développent; mais, grâce à un traitement antiphlogistique des plus énergiques, le chirurgien en triomphe. La guérison, pourtant, n'est qu'incomplète; le malade se plaint d'une douleur sourde dans le côté blessé, où existe un peu de tuméfaction; les selles sont souvent irrégulières; il languit pendant trois mois, et succombe enfin, au Val-de-Grâce, avec tous les symptômes de la péritonite chronique.

A l'autopsie, on trouva le flanc gauche rempli de matières stercorales échappées d'une petite blessure du colon descendant. Ces matières étaient circonscrites dans cette région par des adhérences organisées lors de la péritonite aiguë, et qui formaient, pour ainsi dire, une cavité secondaire dans la grande cavité du péritoine.

En 1834, en faisant avec mes honorables confrères, Marchal et Villemain, l'autopsie médico-légale d'un charcutier, mort quarante heures après avoir reçu un coup de couteau, qui avait pénétré dans l'abdomen, près de l'ombilic, nous trouvâmes des adhérences qui circonscrivaient, de la sorte, des matières sorties par les intestins. Nouvelle preuve en faveur des ressources qu'offre la nature, même dans les cas les plus désespérésl

§ III. *Hernies étranglées.*

Bien que fort rares dans nos hôpitaux militaires, les cas de hernie étranglée s'y présentent cependant encore de temps à autre, et nous avons eu trois fois l'occasion de voir pratiquer les opérations que ces affections, toujours si graves, nécessitent communément. La première de ces opérations fut pratiquée à Dax (Landes), par M. Plaignard, ancien chirurgien-major de cuirassiers, et n'offrit rien de particulier. Le malade guérit. Les deux autres, dont la terminaison fut également heureuse, ont été faites à Strasbourg, à peu de distance l'une de l'autre.

L'une a eu lieu le 23 décembre 1837, chez un militaire de constitution athlétique, à la suite d'un effort fait pour soulever un sac de pain. La hernie se forma et s'étrangla en même temps.

Tous les efforts pour la réduire furent vains, malgré la persistance que l'on mit à les continuer et à les varier. Il fallut opérer; mais, chose assez remarquable, après un premier débridement opéré sur l'anneau inguinal, le chirurgien s'aperçut qu'à un pouce et demi plus haut existait un second étranglement, qu'il fallut lever par une nouvelle incision. Malgré la couleur brun noirâtre de l'intestin et la présence de deux taches d'apparence gangreneuse, l'une large comme une pièce de dix sous, et l'autre un peu moins étendue et plus irrégulière, le chirurgien procéda à la réduction.

Les selles ne se rétablirent que difficilement; les symptômes de péritonite persistèrent et menacèrent la vie de l'opéré, qui finit cependant par se rétablir.

Le dernier des cas de hernie dont il s'agit fut présenté par un homme atteint de hernie congénitale, volumineuse, du côté droit. Cette hernie, non habituellement contenue, s'étrangla durant un effort exercé pour pousser une table pesante. La réduction ne put être obtenue, malgré les saignées générales et locales, les bains prolongés; les efforts du taxis échouèrent également. L'opération, conduite à la manière ordinaire, fut couronnée d'un heureux succès. Une circonstance, cependant, mérite d'être notée : c'est que l'intes-

tin avait contracté avec le testicule des adhérences si solides, si intimes et si nombreuses, qu'il fut impossible de séparer ces organes. Il fallut donc renoncer à une réduction entière, et se borner à maintenir le testicule près de l'anneau, afin de permettre à l'intestin de reprendre sa place. Les selles ici se rétablirent promptement, et les accidens tombèrent si bien, aussitôt après l'opération, que la convalescence lui succéda presque immédiatement.

Ces deux observations présentent, ainsi qu'il est facile de le remarquer, des circonstances spéciales, qui rendent chacune d'elles intéressante. N'est-il pas remarquable, en effet, que, dans le premier, la hernie, quoique récente, s'accompagnât d'un double étranglement ? Comment expliquer ce fait si ce n'est parce que l'intestin, ayant franchi, pour ainsi dire, du même coup les deux orifices du canal inguinal, a été comprimé à l'entrée comme à la sortie de ce conduit, et qu'un double débridement a été rendu ainsi nécessaire ? Quant à l'intensité plus grande des accidens inflammatoires et de la péritonite dans ce cas que dans l'autre, la constitution athlétique du sujet et surtout le fait de l'étranglement accompagnant la première formation de la hernie en rendent fort bien compte. Tous les auteurs ont noté, en effet, la promptitude avec laquelle mar-

chent alors les accidens, et M. Larrey cite un cas dans lequel la gangrène eut lieu en moins de deux heures. Quant à la réduction opérée malgré les plaques gangreneuses, le succès a justifié, dans ce cas, la conduite du chirurgien; mais elle nous semble cependant téméraire, et, toute réflexion faite, nous pensons qu'il serait plus prudent, en semblable occurrence, de maintenir l'intestin au voisinage de la plaie, afin d'éviter toute possibilité d'épanchement abdominal.

Les adhérences intimes des viscères avec le testicule, dans les hernies congéniales, sont un fait assez fréquent; on connaît celui du célèbre Zimmermann. Lorsque ces liens sont assez solides et assez étroits pour ne pouvoir être divisés sans danger pour les deux organes accolés, le chirurgien est bien obligé de les respecter; mais alors le testicule, rapproché de l'anneau, s'y fixe par la cicatrice et ferme l'ouverture inguinale inférieure : il peut contribuer à assurer la guérison radicale de la hernie, ce qui est une compensation de la situation anormale et plus exposée aux violences extérieures qu'il affecte.

Article XII. Maladies des organes génito-urinaires.

§ Ier. *Affections des reins.*

Je ne trouve dans mes notes, depuis dix ans, qu'une seule observation de maladie de Bright.

CINQUANTE-NEUVIÈME OBSERVATION.

Maladie de Bright. — Mort du sujet.

M***, d'un tempérament lymphatique, âgé de vingt-six ans, était entré à l'hôpital, en 1830 (7 juin), pour une ascite, et avait ressenti, auparavant, des douleurs dans la région des reins, ainsi qu'à l'hypochondre droit, circonstance qui, pendant longtemps, fit attribuer la maladie à une affection du foie. Cette partie du diagnostic dut être rectifiée lorsque les urines devinrent semblables à de la lavure de chairs, et donnèrent aux réactifs des signes d'altération spéciale. Un peu d'acide azotique, ayant été, en effet, introduit dans ce liquide, provoqua aussitôt la formation d'un précipité blanc, abondant et grumeleux. L'urine ayant été exposée à la chaleur, on vit bientôt apparaître, à la circonférence du vase, un nuage blanc qui gagna en épaisseur et se propagea au centre du liquide à mesure que s'élevait la température; enfin, nous eûmes occasion

de remarquer, avec feu M. Guiton, décédé, pharmacien en chef de l'hôpital d'instruction de Metz, en procédant à cette analyse, qu'il se formait, à la surface de l'urine, et contre les parois du vase, un certain nombre de bulles analogues à celles que présentent les urines naturelles, mais en bien plus grande quantité. Un autre caractère distinguait encore, sous ce rapport, le liquide que nous examinions : c'était la persistance des bulles après l'emploi de moyens employés pour les provoquer. Ainsi, quand on agite l'urine ou qu'on y introduit de l'air à l'aide d'un chalumeau, on donne immédiatement naissance à une grande quantité de bulles, qui ne tardent pas à se dissiper, mais qui, dans l'urine albumineuse, superposées les unes aux autres, persistent et deviennent, en quelque sorte, permanentes. Cette différence remarquable entre ces deux produits nous frappa alors, et nous crûmes avoir été des premiers à l'observer, lorsque nous acquîmes la conviction qu'elle n'avait point échappé aux recherches des médecins français; bien plus, les expériences faites par M. Rayer ont prouvé que l'existence des bulles permanentes et leur développement par l'insufflation pouvaient être considerés comme un indice sûr de la présence de l'albumine dans les urines. M. Andral va même jusqu'à affirmer que la présence de ces bulles et

la coagulation par la chaleur lui semblent des moyens de diagnostic moins infidèles que la précipitation par l'acide nitrique. Quoi qu'il en soit, et pour en revenir à notre observation, du moment où l'on s'aperçut que l'hydropisie, au lieu de dépendre d'une lésion du foie, était due, selon toute apparence, à une affection des reins, le traitement fut dirigé en conséquence.

La maladie étant encore récente et le sujet se plaignant de ressentir, de temps à autre, des douleurs rénales, vingt-cinq sangsues furent appliquées à la région correspondante, et la décoction de raifort sauvage (*cochlearia armoracia*) fut prescrite pour boisson : il prit, en outre, des bains de vapeur. On aurait peut-être eu recours à la saignée, si de la fièvre avait existé; mais le pouls était complètement apyrétique.

Le malade ayant paru éprouver, d'abord, du soulagement, on réitéra les émissions sanguines, suivies ensuite de vésicatoires. La quantité de liquide avait sensiblement diminué, les urines étaient bien moins albumineuses, et l'espoir de la guérison semblait renaître, lorsque, tout à coup et sans cause appréciable, le malade fut pris de céphalalgie, et d'érysipèle à la face, affection à laquelle il succomba le 18 octobre, après un peu plus de quatre mois de séjour dans l'établissement.

L'autopsie révéla les lésions suivantes :

Crâne. L'encéphale et ses membranes sont un peu injectés; c'est surtout à sa superficie que la substance cérébrale présente ce caractère.

Poitrine. Quelques adhérences dans la plèvre gauche; du reste, les poumons et les bronches sont sains, le cœur et les vaisseaux qui en partent sont dans l'état normal.

Abdomen. L'estomac et les intestins ne présentent rien de remarquable; un peu de rougeur violacée existe cependant près de la valvule iléo-cæcale; la rate est un peu ramollie; le foie semble augmenté de volume et est gorgé de sang.

Appareil urinaire. Les reins ont doublé à peu près de volume; la substance corticale paraît *congestionnée* dans une certaine partie de son étendue; ailleurs cette substance, au contraire, est dans un état anémique très prononcé, ce qui contraste d'une manière frappante avec les autres portions, plus vasculaires que dans l'état normal, et semblables pour la coloration de la substance tubuleuse.

Les reins, d'ailleurs, sont granulés; en les coupant par leur bord convexe, on remarque, outre l'anémie jaunâtre de la plus grande partie de la substance corticale, qu'elle occupe un espace plus considérable que dans l'état sain, et les granulations s'y montrent sous la forme de stries un peu irrégulières, comme floconneuses.

Sur quelques points, les glandules sont tellement décolorées, qu'elles ressemblent à des gouttelettes d'eau ; il semblerait qu'elles tendent à passer à l'état vésiculeux. Du reste, il n'existait aucune trace de kyste.

Les artères rénales paraissaient un peu plus colorées ; les veines ne présentaient aucune concrétion fibrineuse.

Le reste de l'appareil urinaire était sain, hormis le bas-fond de la vessie, qui était un tant soit peu plus coloré que dans l'état naturel.

Bien que déjà observée par Fernel, Vanhelmont, Schenck, Fordyce, Morgagni, etc., la maladie purulente des reins n'est pas moins, pour ainsi dire, une affection toute nouvelle, dont la découverte est due aux travaux de Bright, de Christisson et de Gregory, et que les recherches de MM. Andral, Rayer et Lerminier ont achevé de bien faire connaître.

Le cas que nous rapportons ici n'est remarquable que par l'obscurité profonde des causes qui ont pu lui donner naissance. On signale, parmi ces causes, le froid humide comme celle qui exerce le plus d'influence ; mais le militaire dont nous avons tracé l'histoire ne s'y était pas plus exposé que tant de ces camarades, parmi lesquels la maladie est si rare. La douleur de l'hypochondre droit que Gregory dit avoir existé

trente fois sur quatre-vingt-quatre cas, et que cet observateur disait indépendante du foie, était justifiée chez notre malade par l'augmentation de volume et l'engorgement sanguin de ce viscère. Quant à la thérapeutique, elle ne put recevoir le développement qu'elle aurait, sans doute, reçu, si une mort inopinée n'était venue enlever tout à coup le malade.

§ II. *Hydrocèle.*

Nous avons recueilli, depuis quatre ans, douze observations d'hydrocèle de la tunique vaginale et trois d'hydrocèle enkystée du cordon.

Le procédé le plus généralement adopté pour obtenir la guérison radicale de l'épanchement séreux dans la tunique vaginale est encore celui de l'injection; feu M. Béclard y avait constamment recours; et si mes notes sont exactes, une seule fois seulement depuis 1827 jusqu'en 1832, il fit usage d'un procédé différent, l'incision; c'était sur un gendarme, déjà traité par l'injection à l'hospice civil de Strasbourg, et chez lequel la maladie s'était reproduite.

M. Bégin, de même que M. Zinck, considère l'injection comme la méthode générale, il l'emploie dans le plus grand nombre de cas; il n'a eu recours qu'une fois à l'incision et deux fois à l'ex-

cision, depuis qu'il a pris la direction du service de l'hôpital.

Un des points du diagnostic sur lesquels insiste le plus M. Bégin est celui qui est relatif à la situation du testicule dans la tunique vaginale distendue. Cette membrane, en effet, ne se développe pas toujours avec une égale régularité; la pression d'un suspensoir, quelques adhérences anormales avec le testicule, quelques inégalités dans la résistance de ces diverses parties, sont autant de causes qui peuvent modifier son ampliation et faire arriver le testicule en dehors, en dedans et même, parfois, entièrement en avant, sur le point qui constitue, pour ainsi dire, le lieu d'élection de l'opération. Dans ces cas, selon la remarque de M. Bégin, la forme de la tunique est altérée : au lieu d'être celle d'une ovoïde à grosse extrémité inférieure, et régulièrement arrondie, elle est souvent bosselée, triangulaire, présentant en avant, en arrière ou sur les côtés une saillie plus ou moins considérable. Ces anomalies doivent exciter d'abord l'attention du chirurgien, faire naître sa défiance, l'engager à explorer plus attentivement la tumeur, afin de découvrir le testicule, et, dans le cas où celui-ci ne pourrait être découvert, le porter à préférer l'incision ou l'excision à la ponction, parce que cette dernière, faite au hasard, exposerait nécessairement à la blessure de l'organe sécréteur du sperme.

Un cas de ce genre a présenté deux circonstances assez remarquables pour mériter d'être consigné ici.

SOIXANTIÈME OBSERVATION.

M. A**, officier d'administration, portait, du côté gauche, une hydrocèle de la tunique vaginale, pour laquelle, deux fois déjà, l'injection avait été pratiquée sans succès. Une troisième fois, la ponction avait été faite, et après avoir excité une très vive douleur avait donné issue à du liquide fortement chargé de sang.

La tumeur était irrégulière, offrait une bosselure très prononcée à la partie postérieure, et, bien que fluctuante, ne laissait apercevoir aucune transparence. Ses parois, d'ailleurs, semblaient dures, épaisses et fibreuses. Cette circonstance, ajoutée à la teinte rouge du liquide évacué lors de la dernière ponction, dix-huit mois auparavant, expliquait fort bien l'opacité de la tumeur, et rendait impossible la reconnaissance exacte de l situation du testicule.

D'après les principes indiqués plus haut, et guidé d'ailleurs par un autre fait de dégénérescence fibro-catilagineuse de-la tunique vaginale, à la suite d'une opération par la méthode de l'injection, dégénérescence qui avait été prise pour un cancer du testicule, et avait provoqué l'am-

putation de cet organe, M. Bégin résolut de pratiquer l'excision.

Tout ayant été convenablement disposé, une première incision divisa, de haut en bas, et dans toute la hauteur de la tumeur, qui avait la valeur d'un gros œuf de dinde, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les autres feuillets sous-jacens. Le bistouri, promené à grands traits le long des parties, arriva bientôt à un tissu fibreux, dense et serré, que l'on crut être la tunique vaginale épaissie; sur le point le plus saillant de la tumeur, l'incision fut poursuivie et arriva, sans donner issue à la moindre goutte de liquide, à une certaine profondeur et à une surface plus molle que le tissu qui avait été jusque-là traversé. Le chirurgien s'arrêta alors, examina attentivement les parties et s'assura que la fluctuation du liquide, qui n'existait pas le long de la partie moyenne de l'incision, se faisait très bien sentir sur ses côtés. Une ponction fut faite un peu en dedans; le liquide, qui était d'un jaune citron et très limpide, s'écoula, et la plaie ayant été agrandie, la tunique vaginale, épaissie, fibreuse, très consistante, fut excisée, ainsi que le projet en avait été arrêté.

Le malade, d'un tempérament nerveux, très irritable, éprouva d'assez graves accidens, tels que douleurs vives se prolongeant aux reins,

hoquet, sécheresse de la langue, tuméfaction et ballonnement du ventre, fièvre très vive, état de stupeur imprimé aux traits du visage. Ces accidens, toutefois, cédèrent à un traitement antiphlogistique général et local énergiquement poursuivi, et en trois jours avaient entièrement disparu. Après une convalescence assez longue et difficile, la guérison eut lieu, et le malade fut rendu à ses occupations.

Par une sorte de hasard difficile à prévoir et à éviter, le testicule, chez ce malade, était arrivé directement en avant dans la tunique vaginale, et le bistouri, lors de l'incision, avait parcouru précisément sa ligne d'adhérence, de telle sorte qu'il eût fallu le diviser exactement en deux moitiés pour arriver dans la cavité séreuse. Heureusement que l'attention éveillée du chirurgien permit d'éviter de pénétrer jusque dans la substance propre de l'organe et d'y faire une plaie qui aurait pu être grave. Cette disposition expliquait et la douleur vive qui avait accompagné la dernière ponction, et le sang mêlé à la sérosité dont elle avait provoqué la sortie; car tout porte à penser que le testicule avait alors été traversé, au moins en partie, par le trois-quarts, et il est heureux que le chirurgien, effrayé par la nature du liquide, n'ait pas tenté, au moyen de l'injection, la guérison radicale de la maladie.

L'injection a réussi dans tous les cas où elle a été employée; il est vrai de dire que, chez la plupart des sujets, l'affection était récente, et que, chez aucun d'eux, le testicule n'était malade: il importe d'ajouter aussi que l'on a toujours eu l'attention de faire chauffer convenablement le vin et de le laisser séjourner au moins pendant cinq minutes et à deux ou trois reprises dans la tunique vaginale.

Aussitôt après l'opération, on prenait, ainsi qu'il est recommandé par les auteurs, le soin d'envelopper le testicule avec des compresses trempées dans le vin; puis, aussitôt que la tumeur avait acquis un développement à peu près analogue à celui qu'elle avait avant la ponction, on y substituait les émolliens. L'inflammation et la chaleur étant ensuite tombées, des fomentations résolutives, c'est à dire des compresses trempées dans *l'eau blanche*, étaient faites sur le scrotum. Une fois seulement, à la suite du procédé de l'injection, il survint un abcès qui, formé dans les tuniques externes et ouvert de bonne heure, ne s'opposa pas à la guérison : celle-ci eut lieu, dans huit cas, du douzième au seizième jour.

Les injections iodurées, à la dose d'un gros de teinture alcoolique d'iode par once d'eau, n'ont pas encore été employées à Strasbourg; et les

résultats obtenus par la méthode ordinaire ne font naître qu'un médiocre désir d'en chercher une meilleure.

Beaucoup plus rare que l'hydrocèle de la tunique vaginale, l'hydrocèle enkystée du cordon des vaisseaux spermatiques occupait, dans deux des cas où nous l'avons observée, la partie moyenne de l'espace compris entre le testicule et l'anneau inguinal. Chez un troisième sujet, elle était placée au dessus de cette ouverture, dans le canal inguinal. La tumeur sortait pendant la station debout, rentrait et disparaissait, en partie, par le coucher horizontal, recevait une impulsion sensible par les efforts et la toux, et simulait ainsi assez bien une hernie. Quelques personnes même tombèrent dans cette erreur, que le chirurgien en chef fit bientôt cesser en faisant constater que la tumeur, lors des attitudes différentes du sujet, *changeait de place*, mais ne *disparaissait pas* par une véritable réduction; qu'en dedans comme en dehors du canal, on pouvait encore la sentir, la déliminer ou reconnaître sa fluctuation, distinguer son volume, etc. Chez un autre malade, la tumeur semblait perdre de son volume par le repos, ce qui, peut-être, était dû à l'absorption d'une partie du liquide, par le fait de la situation horizontale et de l'inaction.

A en croire les auteurs les plus estimés, et no-

tamment M. le professeur Boyer, l'injection serait encore le procédé qu'il faudrait préférer pour le traitement de l'hydrocèle enkystée. Cet écrivain a soin, toutefois, d'ajouter qu'il ne réussit pas aussi constamment que dans l'hydrocèle de la tunique vaginale. M. Bégin, tout en reconnaissant que cette maladie est plus souvent suivie d'accidens que l'hydrocèle vaginale, préfère, au contraire, recourir à l'incision, ainsi que nous l'avons exprimé ailleurs; non, toutefois, qu'il prétende que ce procédé mette parfaitement à l'abri de tout accident, mais parce qu'il redoute l'infiltration du liquide dans le tissu cellulaire environnant. La cavité de l'hydrocèle enkystée n'est pas, suivant lui, aussi solidement organisée que celle de la tunique vaginale, puisque celle-ci est normale et de formation primitive, tandis que l'autre est accidentelle. Or, il se pourrait que, sous l'effort exercé par le vin, quelque point des parois de celle-ci cédât, laissât échapper le liquide et déterminât des accidens incalculables. L'incision, opération simple et facile, n'entraîne aucun de ces dangers; aussi, sur les trois observations que nous avons recueillies, deux ont guéri sans accident sérieux; la tumeur ayant été ouverte, et le liquide écoulé, un peu de charpie fut introduit dans l'endroit occupé jadis par le liquide; une inflammation vive en

a été le résultat, et celle-ci, après avoir parcouru ses périodes normales, a été suivie d'une guérison prompte.

Chez le troisième sujet, des accidens plus graves survinrent : d'abord, une inflammation considérable s'empara des parties incisées, et ne tarda pas à s'accompagner de fièvre, de douleurs dans les reins, de gonflement du testicule, etc. L'orchite fut occasionnée, sans doute, par la contiguité des tissus, car primitivement le testicule et la membrane séreuse qui l'enveloppe étaient sains.

Combattue par des saignées générales et locales, cette phlegmasie traumatique ne céda cependant qu'incomplètement; et bientôt on vit apparaître une tumeur fluctuante à la partie supérieure du scrotum. On crut d'abord pouvoir obtenir sa résolution ; mais bientôt on se vit obligé de l'ouvrir avec l'instrument tranchant. Toutefois, comme les tuniques externes en étaient seules le siége, on crut que la guérison n'en serait que peu retardée : on se trompa encore, et soit qu'il existât une prédisposition puogénique primitive très prononcée, soit que cette prédisposition ne se fût développée qu'après l'opération, deux autres abcès se formèrent, et fatiguèrent singulièrement le malade, d'ailleurs pusillanime et craintif. Cependant, grâces aux soins assidus dont il fut constamment l'objet, et

au régime nourrissant auquel on eut recours après l'ouverture des deux derniers abcès, il se rétablit graduellement, et finit par guérir, trois mois et demi après son entrée.

§ III. *Orchite.*

L'engorgement inflammatoire aigu et chronique du testicule est une des maladies qui s'est montrée le plus fréquemment, depuis trois ans, dans notre hôpital. Le troisième trimestre de 1835 en a fourni, entre autres, un si grand nombre d'exemples, qu'on aurait pu croire un moment, ainsi que l'a fait M. Rocques, dans d'autres circonstances, à une épidémie de cette nature. Et notez que nous ne parlons pas ici des orchites blennorrhagiques, lesquelles sont traitées dans les salles des vénériens.

Le nombre de celles que nous avons observées, depuis trois ans, s'élève à soixante-quinze. Un grand nombre d'entre elles étaient survenues sans cause connue; quelques unes paraissaient dues à l'impression du froid, d'autres s'étaient développées à la suite d'efforts généraux, comme les exercices du gymnase; il y en avait, enfin, auxquelles une cause directe, coup ou chute sur le testicule, avait donné naissance. Une fois, elle s'était développée à la suite d'une fièvre intermittente tierce.

Les auteurs pensent, Lagneau entre autres,

que le testicule gauche est plus exposé que le droit à l'inflammation; nos observations, d'accord avec celles de M. Gaussail, ne sont point favorables à cette opinion. En effet, sur soixante-quinze observations que nous avons recueillies dans l'espace de trois ans, il y en a quarante à droite, vingt-cinq à gauche, et dix qui affectaient, à la fois, les deux testicules.

Sur soixante-quinze, dix-sept étaient à l'état chronique et cinquante-huit à l'état aigu.

Les symptômes présentés par les malades atteints d'orchite aiguë consistaient surtout dans la douleur et la tuméfaction de l'organe. Chez quelques uns, cette douleur était des plus vives; elle se faisait ressentir non seulement dans l'organe, mais remontait à la région rénale et se propageait, en outre, jusque dans le membre inférieur du même côté; il semblait aux malades qu'on leur piquait violemment les muscles de la partie antérieure de la cuisse. La défécation augmentait considérablement la douleur, ou suffisait pour la provoquer, s'il y avait un instant de calme.

Le gonflement du testicule a, dans certains cas, été considérable; non, toutefois, qu'il ait jamais égalé la tête d'un fœtus, ni celle d'un enfant de six mois, encore moins celle d'un enfant de deux ans, comme dans des faits rapportés par divers

auteurs; mais, chez trois malades, il avait au moins quintuplé son volume. Dans deux cas d'orchite chronique et dans un d'orchite aiguë, la tuméfaction du testicule était accompagnée de la présence d'une quantité notable de liquide dans la tunique vaginale; mais cette circonstance n'a changé en rien la méthode de traitement réclamée par la maladie principale.

L'orchite aiguë s'est accompagnée, chez *onze* malades, de symptômes généraux assez graves, tels que l'insomnie, la dysurie, une dyspnée considérable, des nausées, des vomissemens fréquents, et, chez trois sujets seulement, un délire passager. Tous les autres n'ont offert, pendant la durée de la maladie, que les symptômes que l'on rencontre habituellement.

La durée moyenne du traitement employé contre cette forme de l'orchite a été de dix-huit jours. Il s'en faut cependant que tous les malades aient guéri sans engorgement chronique : sur cinquante-huit orchites aiguës, quarante-sept seulement se sont terminées d'une manière aussi complètement heureuse. Chez onze sujets, des engorgemens durs et indolens ont persisté et réclamé d'autres séries de médications, ce qui, considéré sous un autre point de vue, augmente le nombre des orchites chroniques et le porte à vingt-huit.

Quant au traitement en lui-même, il a été presque exclusivement antiphlogistique. Des saignées générales, et surtout des sangsues appliquées en nombre variable, et à différentes reprises, suivant l'intensité de la phlogose et le volume de la tumeur, puis des cataplasmes ou des fomentations émollientes, tels ont été, avec les bains, les lavemens émolliens, le régime sévère et les boissons délayantes, les moyens employés. Lorsque, après la chute des accidens, l'engorgement persistait, sans douleur, et disposé à passer à l'état chronique, le chirurgien avait recours à quelques résolutifs, comme les dissolutions d'acétate de plomb ou de sous-carbonate de soude, et les frictions mercurielles.

Les sangsues ont presque toujours été placées à la partie supérieure du scrotum, et jamais nous n'avons vu aucun accident suivre leur application. Quelquefois, cependant, loin de diminuer après leur emploi, la tumeur devenait plus considérable ; mais ce fait, indépendant du lieu où avaient été faites les émissions sanguines, ne se manifestait guère que lorsque la quantité de sang enlevée n'était pas assez considérsble, soit qu'alors le nombre des sangsues ne fût pas suffisant, ou que l'on se fût trop hâté d'arrêter l'écoulement du sang. Beaucoup de faits que nous pourrions rapporter en détail viendraient à l'appui de cette

opinion ; car, dans tous, on voit une application nouvelle de sangsues calmer la maladie et faire cesser l'accroissement des symptômes que les premières semblaient avoir déterminé.

Dans ce traitement, les bains méritent une attention spéciale : il importe qu'ils soient tièdes et prolongés; presque toujours alors ils calment merveilleusement les douleurs. Ils ont procuré de grands avantages dans les orchites très intenses, après les émissions sanguines locales. Un autre point important, et dont il faut tenir un compte sévère, est la rigueur du régime : cela est si vrai, que quand, au lieu de diminuer, une orchite aiguë augmente, ou, seulement, reste stationnaire, malgré l'emploi d'un traitement antiphlogistique rationnel, il y a tout lieu de croire que le malade se livre à une alimentation trop abondante. Vingt fois, nous avons eu occasion de vérifier ce fait, et il est si connu dans notre hôpital, qu'il est rare de ne pas voir couronner de succès les tentatives faites pour découvrir les fraudes. Cette influence des excitations de l'estomac et de l'alimentation sur la durée des maladies est, du reste, un point depuis longtemps mis hors de doute, par l'auteur des *phlegmasies chroniques*. Quelques chirurgiens ont recommandé contre les orchites les purgatifs légers et les cathartiques ; nous devons déclarer ici que

l'on y a eu recours quelquefois, et qu'on n'a pas eu à s'en louer.

Passons maintenant aux moyens dont on a fait usage dans l'orchite chronique, et à leur efficacité respective. Les sangsues ont été appliquées dans tous les cas d'orchite chronique, mais en petite quantité et à des époques plus ou moins rapprochées, tous les trois, quatre, six ou huit jours, et presque toujours on a eu à se louer de leur emploi. Sur cinq malades, cependant, leur application n'a été suivie d'aucun résultat favorable ; il est vrai de dire que les autres moyens ont également échoué. Il convient d'ajouter aussi que, toutes choses égales d'ailleurs, elles produisent des effets moins prompts que dans les cas d'orchite aiguë. Les cataplasmes résolutifs, bien que facilement supportés, sont loin d'être aussi utiles qu'on serait tenté de le croire. Les frictions mercurielles, celles avec l'hydriodate de potasse ont réussi, mais dans des proportions différentes. Sur treize fois, les premières ont réussi *cinq*, et les secondes *trois*. Les bains et le régime ont secondé la guérison. Il importe, du reste, d'établir une distinction importante dans le traitement de l'orchite chronique, suivant que cette affection succède à un état aigu, ou selon qu'elle débute avec le caractère chronique, ou qu'un laps de temps assez long s'est écoulé depuis l'état aigu.

Dans le premier cas, les sangsues, les frictions mercurielles ou iodurées, unies aux bains, au repos et au régime, parviennent presque toujours à triompher du mal. Dans le second, au contraire, souvent ces moyens sont insuffisans, et l'on est obligé de recourir à des remèdes internes : un de ceux dont nous avons eu le plus à nous louer, et qui réussit presque toujours, même dans les cas désespérés, est le mercure doux uni à la ciguë. Nous avons déjà eu l'occasion de faire l'éloge des pilules composées de ces deux substances, à propos des maladies des yeux; mais le succès que l'on en obtient dans les inflammations chroniques du testicule est plus étonnant encore. Quelquefois la salivation survient pendant leur emploi, et cette supersécrétion des glandes et des follicules de la cavité orale hâte manifestement les progrès de la résolution. Il en est de même de la diarrhée, dont l'influence n'est pas moins salutaire. Plusieurs malades ont parfaitement guéri sans que la salivation soit survenue. Nous avons dit, d'ailleurs, comment nous pensions qu'agissait le calomélas uni à la ciguë; nous n'y reviendrons pas, seulement nous ne saurions trop en recommander l'usage, et nous promettons aux praticiens qui en feront usage de nombreux succès.

On a vanté dans ces derniers temps, d'après le docteur Fricke, praticien distingué de l'Allemagne,

l'emploi de la compression. Le chirurgien en chef, peu partisan de ce moyen, ne l'a jamais essayé, de telle sorte que, pour ce qui a trait aux orchites non vénériennes, nous sommes sans résultat direct sur son efficacité; mais il n'en est pas de même relativement aux orchites blennorrhagiques. Pour ma part, je l'ai essayé cinq fois pendant le trimestre où j'ai été chargé du service des vénériens, et je n'ai point eu à m'en louer; cependant je n'y avais eu recours que quand l'inflammation était déjà tombée et que l'écoulement avait reparu. On conçoit du reste, malgré les avantages qu'ont pu en retirer MM. Ricord et Velpeau, que ce moyen doit échouer assez souvent; car, quoi qu'en ait dit le docteur Fricke, la compression exercée, lorsque l'état aigu persiste, doit renouveler les douleurs et accroître le travail inflammatoire. C'est à l'expérience, d'ailleurs, à prononcer d'une manière définitive sur un moyen qui nous semble devoir être accueilli avec méfiance.

§ IV. *Sarcocèle.*

L'inflammation est la cause générale et immédiate de toutes les dégénérations du testicule. M. Bégin a souvent exposé aux élèves les distinctions établies par Dupuytren, relativement aux orchites blennorrhagiques ou vénériennes, trau-

matiques ou accidentelles, et tuberculeuses ou scrofuleuses. Toutes les fois qu'un sujet se présente dans nos salles, atteint de ces affections, il s'efforce de déterminer le siége de l'altération dans l'épididyme ou le testicule, et sa nature encéphaloïde, squirrheuse, tuberculeuse, etc. Le sarcocèle pour lui n'est que l'orchite chronique arrivée à l'un de ces degrés ou de ces formes de dégénérescence, lesquels ne permettent plus d'obtenir la résolution et nécessitent presque constamment l'ablation du testicule.

Feu M. Béclard, depuis l'année 1827 jusqu'en 1832, avait eu occasion, afin de remédier à des lésions semblables, de pratiquer cinq fois cette opération; M. Zinck, dans le court espace de temps qu'il passa au milieu de nous, y a eu recours deux fois; enfin nous comptons sept opérations de ce genre pratiquées depuis l'arrivée de M. Bégin, c'est à dire, en tout, *quinze*.

Sur les cinq individus opérés par M. Béclard, quatre étaient atteints de sarcocèle tuberculeux; un seul était de nature cancéreuse. Les deux opérés par M. Zinck participaient de ce dernier caractère. M. Bégin en a rencontré un semblable, d'où il suit que la répartition de ces différens cas doit être faite ainsi : sarcocèles tuberculeux, *onze;* sarcocèles cancéreux, *quatre*.

Le diagnostic, dans les cas de sarcocèle tuber-

culeux, a été généralement facile à établir. On sait que la matière tuberculeuse se dépose sous deux états bien différens dans les tissus de l'économie, tantôt sous forme d'infiltration et envahissant presque tout l'organe qui en est le siége, tantôt, au contraire, s'isolant dans un de ses points et s'y accumulant. C'est cette dernière forme qui s'est constamment montrée à nous, et, dans tous les cas, elle a débuté par l'épididyme, dont la tête ou renflement a été sept fois sur onze affecté dès le début.

La plupart étaient d'un tempérament lymphatique; deux d'entre eux pourtant présentaient un assez grand développement de l'appareil sanguin; mais on doit observer qu'ils avaient été atteints antérieurement de maladies vénériennes, et personne n'ignore que, selon la remarque de M. Cruveilhier, la syphilis est une cause prédisposante, et quelquefois même une circonstance provocatrice de l'engorgement tuberculeux du testicule.

Les douleurs, à aucune époque de la maladie, n'avaient été lancinantes; l'accroissement s'était fait avec beaucoup de lenteur; et les malades, pendant un an ou plus, n'avaient ressenti d'autre incommodité que celle qui résultait du poids augmenté de la partie affectée.

La tumeur, généralement globuleuse, d'abord sans changement de couleur à la peau, était en

outre, chez la plupart, indolente à la pression. Cependant, chez deux malades, où la suppuration existait depuis longtemps, et où il s'était établi des fistules, la pression déterminait des douleurs assez vives pour laisser craindre une disposition à l'altération encéphaloïde.

En résumé, le diagnostic eut pour base, 1° le siége de la maladie à son début; 2° l'absence prolongée des douleurs; 3° le tempérament des sujets; 4° les progrès lents et presque insensibles de la tuméfaction; 5° la formation du foyer tuberculeux; 6° surtout, l'inefficacité du traitement employé longuement, avec énergie, et parfois à plusieurs reprises contre l'orchite chronique.

M. Bégin, croyant, avec la plupart des pathologistes, que l'existence prolongée dans l'organisme d'une partie tuberculeuse favorise et développe la disposition à la formation de tubercules dans d'autres viscères et l'établissement de la diathèse tuberculeuse générale, rejette l'opinion de ceux qui veulent qu'on respecte toujours les testicules tuberculeux, et sans apporter de précipitation à l'opération, il n'hésite pas à y recourir, aussitôt que l'inutilité des traitemens généraux et locaux appropriés lui est démontrée. Il s'éloigne ainsi également, et des opérations trop précipitées et de l'excès contraire, qui a pour résultat, dans l'espoir de guérir tous les hommes, de laisser les

constitutions se détériorer profondément, et leur état devenir incurable. Les guérisons, d'ailleurs, n'aboutissent fréquemment, après des traitemens prolongés durant des années, qu'à la conservation de testicules atrophiés dont l'utilité reste très problématique. Tel est aussi notre sentiment à cet égard.

A l'examen anatomique, le testicule a présenté des altérations diverses. L'épididyme était envahi par la matière tuberculeuse, excepté dans deux cas, où les tubercules étaient isolés et paraissaient avoir plutôt comprimé la substance qui le compose qu'altéré les conduits séminifères. Dans le testicule, la substance paraissait aussi avoir été ménagée chez sept malades; chez quatre autres, au contraire, à raison sans doute du plus de développement de la matière, les filamens de l'organe séminal avaient été envahis. Chez l'un de ceux opérés par M. Bégin, on voyait des prolongements s'étendre du noyau d'engorgement principal dans des portions saines de l'organe, le long des cloisons fibreuses qui se détachent de la tunique albuginée; chez le même malade, le canal déférent était considérablement dilaté et semblait, pour ainsi dire, injecté avec de la matière tuberculeuse semi-fluide. On sait que Boyer considérait ce caractère comme du plus mauvais présage; bien plus, selon cet illustre chi-

rurgien, il n'a jamais vu guérir complétement aucun de ceux qui l'ont présenté. M. Bégin a été plus heureux, car le militaire qu'il a opéré, il y a trois ans, n'a pas eu de récidive.

La dégénérescence encéphaloïde, décrite, sous des noms différens, par Wardrop, Abernethy et surtout A. Cooper, ne s'est présentée à nous que quatre fois, sur lesquelles il avait, dans trois cas, débuté par le corps du testicule. L'épididyme n'avait pas tardé à être envahi, de même que, par une sorte de réciprocité, dans le quatrième cas, où l'affection avait commencé par cette dernière partie, elle s'était bientôt étendue au reste de l'organe. Les malades avaient, en général, le teint jaune paille ou cuivré; le testicule présentait une surface qui, d'abord lisse, était devenue graduellement bosselée, d'une dureté profonde et squirrheuse. Le testicule s'était enfin ramolli sur quelques points, et présentait une élasticité qui aurait pu faire croire à l'existence de la fluctuation.

Longtemps indolente, la tumeur avait fini, sans cause appréciable autre que la prolongation du mal, par devenir douloureuse. Chez un sujet, pourtant, ce fut à la suite d'un coup reçu sur la tumeur que ce changement s'opéra. Le cordon testiculaire, si souvent et quelquefois aussi si promptement altéré dans les sarcocèles encépha-

loïdes, n'a offert ce caractère que chez un seul des malades soumis à la castration; encore l'altération semblait-elle assez bornée pour qu'on pût espérer d'enlever entièrement le mal en recourant à l'opération. Il importe, du reste, ainsi que le font remarquer tous les écrivains qui ont écrit sur cette matière, de ne pas s'en laisser imposer par une fausse sensation d'engorgement; car, dans certains cas, le cordon, au toucher, paraît engorgé sans qu'à la dissection on ne trouve rien qui justifie ce diagnostic. Le dernier malade dont nous avons parlé nous a présenté ce phénomène; des recherches minutieuses ont fait reconnaître que cette sensation devait être attribuée à une augmentation de densité des enveloppes celluleuses qui unissent les élémens du cordon.

Du reste, après l'ablation des organes, on a rencontré, dans tous les cas, les caractères assignés par les anatomo-pathologistes à la matière encéphaloïde. A l'endroit où la substance était ramollie, existait une matière pulpeuse, homogène, d'un blanc opaque, sur laquelle apparaissaient, à des espaces éloignés les uns des autres, quelques points rosés. Dans un cas, où le ramollissement était plus considérable, la coloration avait *passé au brun* : la substance morbide n'a jamais présenté la teinte mélanique. Il importe d'ajouter, en outre, que les différens points de

l'organe offraient souvent des aspects variés : ici la mollesse pulpeuse de la substance cérébrale ; là, la blancheur et la disposition inorganique de la craie; ailleurs, la couleur d'un jaune d'œuf soumis à la coagulation ; chez un seul malade, enfin, il existait en même temps un tubercule enveloppé dans un kyste bien organisé et d'une texture tant soit peu fibreuse. Le développement des vaisseaux sanguins était, dans les quatre cas, très manifeste, ce qui, pour le dire en passant, démontre que, si l'irritation ne détermine pas seule la maladie, il est du moins incontestable qu'elle joue un rôle puissant et actif dans sa production; c'est là, du reste, une opinion que fortifient encore les épanchemens apoplectiformes, et les hémorrhagies dont les tumeurs cancéreuses en général, et celles de l'organe séminal en particulier, sont souvent le siége.

On sait que le sarcocèle encéphaloïde ne borne pas toujours ses ravages au testicule; trop souvent, en effet, soit qu'il se propage par voie de transport, soit que, plus vraisemblablement, l'irritation cancéreuse se reproduise dans d'autres tissus de l'économie, il arrive une époque où les ganglions qui communiquent avec les parties affectées se tuméfient, et où l'on voit apparaître au devant du rachis, en avant et sur les côtés de la région lombaire, des masses encéphaloïdes

énormes et qui, développées dans le voisinage de l'aorte et de la veine-cave inférieure, embrassent ces vaisseaux, perdus en quelque sorte au milieu de ces tumeurs. Quelquefois même le mal jette des racines plus profondes et ne respecte ni les ganglions que l'on rencontre dans le voisinage du détroit supérieur, ni ceux du mésentère, ni même les organes internes. Nous avons rapporté ailleurs un des faits les plus remarquables de ce genre, observé, l'année dernière, à la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Strasbourg, dans les salles de M. Bégin.

La tumeur formée par le testicule gauche était bosselée, inégale, de consistance variable sur les différens points de sa surface; la peau, distendue outre mesure, était luisante, rougeâtre, amincie surtout à la partie antérieure; les ganglions lymphatiques de la région inguinale étaient engorgés et paraissaient faire suite avec d'autres ganglions développés dans les parties voisines et la région lombaire; la fosse iliaque interne était occupée par un engorgement de même nature, qui avait usé l'os et faisait saillie à la fesse. L'opération, comme on le pense, ne fut pas faite, et l'autopsie démontra que, pour enlever la totalité du mal, il aurait fallu retrancher jusqu'au mésentère.

Du reste, il n'est pas toujours aussi facile qu'on le pense généralement de constater l'existence de ces masses encéphaloïdes internes, et l'on se tromperait beaucoup si l'on croyait que, quand elles existent, le cordon testiculaire est toujours affecté et que la constitution elle-même du sujet en porte des traces.

L'observation suivante est une preuve manifeste du contraire :

Un garçon-boucher, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, était atteint, depuis deux ans, d'un engorgement assez considérable du testicule gauche, développé sans cause bien appréciable; car, bien que le sujet eût eu antérieurement une blennorrhagie, celle-ci avait guéri sans aucun accident et sans orchite blennorrhagique. Le malade, adonné aux boissons alcooliques, avait, à différentes reprises et depuis huit mois, consulté plusieurs médecins pour des douleurs vagues qu'il ressentait vers la région ombilicale, et que l'on considéra comme des douleurs nerveuses, à cause de l'état d'intégrité apparente des fonctions digestives, de l'embonpoint et de la coloration normale du sujet. Il fit donc usage de médicamens nervins et surtout de pilules de valériane. Les douleurs continuèrent, et, comme elles paraissaient s'accroître par la diète, un traitement encore plus actif fut

suivi, jusqu'à ce qu'enfin le malade, n'éprouvant aucun soulagement, résolut de ne rien faire et de s'en tenir au régime. Les douleurs se dissipèrent peu à peu, et finirent par disparaître entièrement. Toutefois, comme le malade songeait à se marier, il voulut auparavant, et sur le conseil qui lui fut donné par ses amis, faire enlever le testicule malade. Il entra donc à l'hôpital civil; et, comme le cordon était parfaitement sain, qu'on n'y sentait aucune dureté ni aucun engorgement, que le malade n'accusait aucune douleur abdominale et que le toucher ne faisait reconnaître aucune tumeur à la région lombaire, la castration fut pratiquée. L'opération fut très simple, et le malade, d'ailleurs courageux, ne donna que peu de signes de douleur.

Tout faisait présager l'issue la plus heureuse, lorsque, le soir du troisième jour, la fièvre s'allume, la plaie s'enflamme, l'abdomen se tend, et, malgré les soins les plus assidus et les médications les plus rationnelles, le délire s'empare du malade; des phénomènes quasi typhoïdes (1)

---

(1) C'est à dessein que nous nous servons de cette expression, car, depuis que la statistique a pris racine, les états typhoïdes se multiplient avec une rapidité effrayante; la plus légère irritation gastro-intestinale, pour peu qu'elle s'accompagne de somnolence ou de délire, est

se manifestent, et la mort survient le onzième jour après l'opération.

A l'autopsie, on trouva, ainsi qu'il avait été diagnostiqué pendant la vie, le cordon dans l'état sain; mais à la région lombaire existait une tumeur encéphaloïde, à différens degrés de maturité, et dont le volume était assez considérable. Quelques ganglions correspondans du mésentère étaient engorgés, mais le reste de l'organe était sain et surchargé de graisse aux endroits où cette substance se rencontre d'habitude.

L'estomac était à l'état normal; mais les intestins grêles étaient rouges et enflammés dans une assez grande partie de leur étendue; aucune trace d'ulcération ne fut trouvée ni à l'iléon, ni au gros intestin; les autres viscères ne présentaient rien de remarquable; d'où l'on peut conclure que cet homme a succombé à une affection aiguë des intestins, inflammation qui avait réagi d'autant plus aisément sur l'encéphale, que cet organe était, depuis plus long temps, le siége de stimulations alcooliques journalières. Il est d'ob-

---

décorée aussitôt de l'épithète *typhoïde*, et, si l'on s'en rend maître en quelques heures, des praticiens même honorables s'empressent d'inscrire sur leur tableau des maladies : fièvre typhoïde guérie par telle médication. C'est ainsi que la statistique se nuit à elle-même, et jette de la méfiance parmi les esprits qui lui sont hostiles.

servation, en effet, du moins si nous en croyons notre expérience personnelle, que les phlegmasies intestinales tuent promptement les ivrognes, à raison des sympathies qu'elles déterminent sur le cerveau.

Quoi qu'il en soit, il est probable que, si cet homme avait survécu, il aurait succombé plus tard à l'affection cancéreuse dont il portait déjà les germes au moment de la castration : c'est parce que, vraisemblablement, un grand nombre d'ablations de testicule ont été faites dans des conditions semblables que des chirurgiens du plus grand mérite ont avancé que l'on ne guérissait jamais d'un testicule cancéreux, ne s'apercevant pas qu'établir le diagnostic d'une maladie sur un caractère absolu d'incurabilité, c'est tomber dans l'absurde, puisque, du moment où les caractères anatomiques du cancer ont été reconnus dans une tumeur et que la maladie après l'opération n'a plus reparu, nier, dans ce cas, la guérison d'un testicule cancéreux, c'est méconnaître à la fois les lois de la raison et les règles de la logique.

Que si, dans nos hôpitaux militaires, nous rencontrons rarement des cas aussi graves que ceux que nous avons empruntés à la clinique d'un autre établissement, la raison en est simple ; nos soldats sont à peine malades, que l'offi-

cier de santé du corps les envoie dans nos salles, où, si l'art est impuissant pour dissiper les engorgemens dont ils sont atteints, l'opération les délivre au moins d'un organe dont la présence est devenue inutile et dangereuse. Que si la pusillanimité ou l'espoir mal fondé de conserver la partie malade les éloigne momentanément, après un temps plus ou moins long ils viennent eux-mêmes réclamer les secours de l'art, pour eux toujours efficace, jusqu'à ce jour, au moins. En effet, nous n'avons jamais vu, dans cet hôpital, aucune opération de castration suivie d'accidens graves. Cela tiendrait-il au procédé opératoire mis en usage? On ne saurait le croire, puisque, comme nous le dirons, feu M. Béclard et M. Zinck différaient, sous ce rapport, d'avec M. Bégin? Est-ce au pansement, au régime? Mais chacun de ces maîtres habiles suivait, à cet égard, les règles posées par nos prédécesseurs ou par nos contemporains. A quoi donc attribuer cette succession non interrompue de guérisons de sarcocèles cancéreux traités par l'extirpation? A ce que l'opération est presque toujours pratiquée avant que l'irritation cancéreuse n'ait pu susciter, à l'aide des sympathies, un travail analogue dans les tissus liés au testicule par d'étroites connexions, et peut-être aussi à l'âge des sujets, en général, doués d'une bonne

constitution et, d'habitude, forts et vigoureux.

Faisons maintenant connaître les procédés opératoires qui ont été suivis pour l'extirpation du testicule dans les cas que nous avons eu occasion d'observer.

Les auteurs, on le sait, quoique d'accord pour proscrire les procédés de l'attrition, de la ligature, de l'écrasement et de l'arrachement ou la déchirure employés jadis, par les anciens, pour former des eunuques et pour leur préférer l'extirpation, diffèrent cependant relativement à la manière dont il convient de s'opposer à l'hémorrhagie des artères du cordon spermatique. Les uns veulent qu'on procède à la ligature en masse; les autres recommandent, au contraire, la ligature isolée de l'artère spermatique. A en juger par ce qui s'est passé sous nos yeux, la querelle ou plutôt la dissidence des auteurs serait, pour les résultats, complètement indifférente au succès de l'opération. En effet, MM. Béclard et Zinck avaient, l'un et l'autre, l'habitude de lier le cordon en masse, et tous les malades qu'ils ont opérés ont guéri sans accident; M. Bégin, au contraire, suit la seconde méthode, et ses succès ne sont pas moins constans. Faut-il en conclure que l'importance qu'on a attachée à l'un et à l'autre procédé est puérile, et que, puisque l'on guérit également par l'un et l'autre moyen, tous deux sont égale-

ment bons? Nous sommes, pour notre part, nous en faisons volontiers l'aveu, peu disposé, en général, à admettre cette espèce d'indifférence, dont s'accommodent volontiers les esprits paresseux.

La question, en effet, nous semble devoir être posée et résolue différemment.

Les deux procédés sont-ils également rationnels, et tous deux, au point de vue physiologico-pathologique, présentent-ils les mêmes chances de réussite? donnent-ils les mêmes garanties contre l'insuccès? De cette manière, on le voit, les termes de la question changent, et l'avantage, je crois, doit rester à la ligature partielle. Dira-t-on qu'elle offre un peu plus de difficultés, qu'elle oblige à des tâtonnemens qui prolongent l'opération, qu'une hémorrhagie assez abondante est quelquefois survenue par le bout du cordon après les pansemens? Mais sont-ce là des raisons pour un chirurgien digne de ce nom, et quel est celui qui se respecte assez peu pour s'arrêter à des difficultés de ce genre? La crainte de la rétraction du faisceau testiculaire, plus fondée en apparence, n'est-elle pas elle-même aussi chimérique quand on réfléchit que la moindre précaution suffit pour se prémunir sûrement contre cet accident? On sait, d'ailleurs, à quoi s'en tenir, maintenant, sur cette tendance de la

tige séminale à se rétracter. Aucun des tissus qui la composent, si ce ne sont les quelques fibres du crémaster, n'étant contractile, comment admettre que le cordon, une fois libre, se retire dans l'abdomen? Aussi, quand ce phénomène se produit, est-ce moins à la contractilité *qu'à l'élasticité* des tissus qu'il faut l'attribuer. Cela est si vrai, que cet accident ne survient que dans les sarcocèles anciens et volumineux, où le cordon a subi un allongement considérable; d'où il suit que cette crainte n'est fondée qu'autant que la maladie ne permet pas de séparer la masse cancéreuse à un pouce au moins de l'ouverture inguinale. Et que l'on compare ce léger et rare inconvénient à celui de comprendre, dans le même lien, le canal déférent, les filets nerveux du plexus rénal qui l'accompagnent, celui que fournit le génito-crural et tous les autres tissus qui entrent dans la composition du cordon, et qu'on dise ensuite s'il y a parité parfaite pour l'innocuité de la ligature en masse. Outre la douleur qui doit nécessairement résulter d'une semblable ligature et les convulsions dont celle-ci peut-être suivie, n'est-il pas naturel de craindre que le ruban ne se relâche et qu'alors il n'y ait plus de sécurité contre l'hémorrhagie? Que l'on conteste, si on le veut, que le tétanos auquel succomba l'individu dont parle Morand reconnaissait une autre cause; loin

de nous inscrire en faux contre cette assertion, nous y prêterons volontiers notre appui; mais on ne niera pas, au moins, que la constriction exercée sur des filets nerveux ne puisse déterminer des phénomènes nerveux promptement mortels. Comment périssent les individus atteints de plaies non pénétrantes à l'abdomen? N'est-ce pas à une lésion souvent superficielle des nerfs de cette région? Et pourquoi n'en serait-il pas ainsi pour les filets du cordon spermatique? Qu'importe ensuite que M. Couronné ait publié, dans un journal périodique, l'observation d'un homme qui, bien qu'opéré par la ligature partielle, n'en mourut pas moins d'une affection tétanique. Ce fait démontre-t-il autre chose que la possibilité de voir le tétanos succéder aux lésions même les moins dangereuses? Comment y voir une preuve de la supériorité de la ligature en masse sur la ligature partielle? Les insuccès de l'appareil inamovible, dans les fractures, entre les mains de quelques praticiens, peuvent-ils démontrer que cet appareil soit inférieur aux appareils amovibles ou hyponarthéciques? En résumé, nous ne pourrons jamais comprendre comment une ligature isolée, faite exclusivement sur une artère d'un petit calibre, ne doit pas être préférée, en thèse générale, à une ligature en masse, et dans laquelle

on comprend plusieurs filets nerveux et des tissus de différente nature. La statistique ne nous amenera jamais à confesser, nous l'avouons, que, physiologiquement parlant, il est indifférent de recourir à l'un ou à l'autre moyen.

Quoi qu'il en soit, si les chirurgiens en chef qui se sont succédé, depuis dix ans, à l'hôpital de Strasbourg ont varié touchant la manière de suspendre l'hémorrhagie après la castration, il n'en a pas été de même pour le procédé opératoire. Aucun d'eux n'a été tenté de suivre le procédé de Maunoir qui, comme on le sait, consiste à mettre à nu le cordon spermatique en pratiquant, dans la direction de ce faisceau, une incision d'un pouce et demi de longueur, non loin de l'anneau inguinal; puis à disséquer la tige séminale, à isoler l'artère et les artérioles, et à placer deux ligatures sur chacune d'elles, ayant soin de les diviser ensuite, et de réunir enfin la plaie par première intention.

Au commencement de 1832, M. Béclard s'était proposé de mettre le cordon à nu, de le disséquer, de l'isoler du canal déférent, d'en exciser un lambeau long de deux pouces et de tenter ainsi la guérison par le procédé de Morgan; mais, au moment de l'opération, il hésita, et, dans l'intérêt du malade, crut devoir suivre la méthode ordinaire. Le succès couronna ses efforts,

et peut-être n'en eût il pas été de même s'il eût essayé d'atrophier le testicule; car c'est, en dernier résultat, ce à quoi l'on arrive par les procédés de Maunoir et de Morgan.

Ainsi donc, dans tous les cas ci-dessus rapportés, l'opération a été faite suivant le procédé ordinaire. L'incision a toujours été pratiquée en suivant la face antérieure et la partie moyenne de l'organe; MM. Béclard et Zinck avaient l'habitude de faire faire, au préalable, un pli à la peau du scrotum; M. Bégin, au contraire, saisit la tumeur à la partie postérieure, et, faisant saillir le testicule en avant, incise hardiment les tuniques situées au devant de ce dernier; une fois le testicule isolé, le cordon à découvert, M. Bégin s'en empare, pour éviter la rétraction, avec un tenaculum, opère ensuite la section, procède à la recherche des vaisseaux artériels et attend quelques minutes avant de faire le pansement. On sait qu'Aumont, au lieu de procéder de la sorte, recommande de commencer l'incision des tégumens sur la partie postérieure du scrotum relevé préalablement sur l'abdomen; mais le faible avantage de cacher la cicatrice et de faciliter, soi-disant, l'écoulement du pus ne nous paraît pas balancer les inconvéniens de la compression des bords de la plaie dans le suspensoir, et l'impossibilité de disséquer le cordon jusqu'à

l'anneau inguinal, ainsi qu'il est quelquefois nécessaire.

Parmi les malades opérés par M. Bégin, deux avaient la peau du scrotum assez altérée pour qu'il ne fût pas permis de la conserver; mais deux incisions semi-elliptiques ont suffi pour cerner cette portion des tégumens.

Quant au pansement, une fois seulement la réunion immédiate a été tentée à l'aide de la suture entortillée; mais, malgré ce qu'en ont dit, dans ces derniers temps, les chirurgiens anglais, allemands, américains et, en France, Delpech, enlevé si déplorablement à la science, Serres et plusieurs praticiens du midi, nous croyons qu'en général mieux est de suivre la pratique adoptée depuis la fin du dix-huitième siècle.

Quoi qu'il en soit, sur les quinze malades opérés dans notre établissement, aucun d'eux n'a été atteint d'accidens graves; la cicatrisation s'est faite du quinzième au dix-huitième jour, et du douzième au seizième chez quatre des opérés par M. Bégin, ce qui tient peut-être à ce que ce praticien rapprochait davantage les bords de la plaie; du reste, nous n'avons observé ni hémorrhagies, ni transformation en bourgeons rougeâtres de l'extrémité du cordon, accident observé par J.-L. Petit, et, plus tard, par MM. Cloquet et Velpeau, et dont on pourrait, à la rigueur, se rendre maî-

tre par une nouvelle ligature et par les astringens ou les caustiques.

Le scrotum est une des parties du corps dont l'inflammation se termine plus facilement par la gangrène, circonstance qu'expliquent la laxité de son tissu, sa disposition à l'infiltration et la lenteur avec laquelle s'y opèrent les résorptions.

La mortification est quelquefois portée au point de détruire complètement les enveloppes testiculaires et de faire craindre pour la conservation des organes sécréteurs du sperme.

L'exemple suivant démontre jusqu'à quel point peuvent être portés alors les efforts réparateurs de la nature. Il s'agit d'une mortification survenue durant le cours, ou plutôt vers le déclin d'une fièvre typhoïde, et dont l'apparition, loin d'ajouter à la gravité du sujet, fit cesser presque aussitôt les symptômes graves qui existaient.

SOIXANTE ET UNIÈME OBSERVATION.

Gangrène totale du scrotum. — Guérison du sujet.

H*** (Henri), infirmier à l'hôpital militaire de Strasbourg, fut atteint, dans le mois de décembre 1834, d'une gastro-encéphalite avec symptômes de pneumonie au début; la maladie suivit son cours, et bientôt le ventre se météorisa, devint

douloureux au toucher, la langue sèche, fuligineuse ; il survint du délire, de la diarrhée, et tout faisait présager une mort prochaine, lorsque, le dix-septième jour, les bourses se tuméfièrent, prirent une teinte rouge livide et un aspect luisant. Presqu'en même temps les symptômes internes s'amendèrent, et en moins de quarante-huit heures le malade avait recouvré la raison; la diarrhée avait cessé, la langue était humide et le ventre était redevenu souple et indolent. L'amélioration générale continua, mais il n'en fut pas de même de l'inflammation du scrotum, et telle fut la rapidité de sa marche que, dès le quatrième jour, plusieurs points gangreneux s'y firent apercevoir; le malade fut alors évacué aux blessés, le 7 janvier 1835.

Maigreur excessive du corps, visage fatigué, mais sans stupeur; pouls petit, à quatre-vingt-seize; bruits du cœur à l'état normal; un peu de matité au sommet du poumon gauche, nulle douleur dans l'abdomen; selles naturelles, langue encore sèche et brunâtre, dents légèrement fuligineuses; du reste, soif peu vive, appétit modéré. La gangrène a envahi les deux tiers des bourses, qui sont recouvertes de compresses imbibées de vin aromatique, après avoir été lavées avec de l'eau chlorurée.

Malgré l'état de faiblesse du malade, on hésite

à administrer les toniques, et l'on prescrit la bouillie, matin et soir, et des boissons adoucissantes.

Le 8 janvier, la gangrène, qui s'étend du milieu de la verge à la partie postérieure des bourses, et d'un côté à l'autre aux plis internes des cuisses, paraît bornée; mais l'état fuligineux des dents prend plus d'intensité; la langue est plus sèche, le pouls est à cent, la faiblesse du malade est plus grande encore. Même prescription.

Le 9, la faiblesse est extrême, l'état de la bouche et des dents est plus fuligineux encore; du reste, la partie mortifiée commence à se détacher, et le malade n'accuse aucune douleur dans les viscères du bas-ventre ou de la poitrine. Bouillon gras, matin et soir, avec un jaune d'œuf; limonade vineuse.

Le 10, la langue est un peu humide, les dents sont moins fuligineuses; le malade ressent de l'appétit et demande à manger. Vermicelle au gras et pommes cuites; limonade vineuse; vin sucré, deux onces.

Le 11, l'amélioration est sensible; pouls à quatre-vingt-six; langue humide; presque plus de fuliginosités sur les dents; le malade renaît à l'espoir. Quatre vermicelles au gras dans la journée; limonade vineuse; vin sucré, deux onces.

Le 12, le malade est très bien; l'escarre

formée par le scrotum se détache avec l'appareil appliqué le jour précédent, et présente une sorte de bourse ayant la forme normale de la partie; la plaie est très étendue et couverte de suppuration; les testicules et les cordons sont entièrement découverts. Un pansement simple avec un linge fenêtré enduit de cérat, de la charpie et des compresses soutenues par un suspensoir, composent le pansement. Soupe, vermicelle au gras et œufs à la coque; limonade vineuse; vin sucré, deux onces.

Depuis ce jour jusqu'au 1er février, la convalescence se prononça chaque jour davantage, et à cette époque le malade mangeait la demie, le matin, le quart le soir et la côtelette; il avait repris des forces et de l'embonpoint, mais la solution de continuité faite au scrotum était loin d'être cicatrisée. Ce ne fut que le 27 avril que le malade fut entièrement guéri et put sortir de l'hôpital: alors la cicatrice du scrotum était complète, et s'était faite en partie aux dépens de la peau des cuisses, qui s'était laissée distendre, et avait fourni ainsi de nouvelles enveloppes aux testicules, dont les fonctions ne furent en rien altérées. Cet infirmier, après être sorti de l'hôpital, a continué à faire son service, et il est aujourd'hui très bien portant.

§ V. *Rétrécissemens de l'urètre.*

Résultats assez fréquens des blennorrhagies anciennes et prolongées, les rétrécissemens de l'urètre ne sont pas, dans nos hôpitaux militaires, aussi communs qu'on serait tenté de le supposer, à en juger par le nombre d'individus affectés d'urétrite. Nous ne comptons, en effet, depuis 1828, que dix-neuf cas de ce genre traités dans l'établissement, et, parmi ces cas, onze appartiennent à la pratique de feu M. Béclard. Ce chirurgien leur opposait presque exclusivement la dilatation; plus tard, des essais furent faits par la cautérisation, mais jamais, jusqu'à l'arrivée de M. Bégin, le traitement par incision n'avait été essayé. On sait pourtant qu'il réussit à merveille dans certaines circonstances, et les individus sur lesquels M. Bégin en a fait usage ont guéri complètement, ainsi qu'on pourra s'en convaincre en parcourant les observations que nous allons rapporter.

Parmi les variétés des rétrécissemens de l'urètre que les auteurs ont admis, les spasmodiques, les inflammatoires et les organiques, les exemples de la première et de la dernière espèce ont seuls été observés à notre hôpital, et les derniers, comme on le pense, en bien plus grand nombre que les autres.

Sur les dix-neuf observations, dix-sept appartiennent à des rétrécissemens organiques, et deux à des rétrécissemens spasmodiques.

Dix des premiers étaient situés en arrière du bulbe, à l'origine de la portion musculeuse, quatre entre la portion bulbeuse et le méat urinaire, et trois à l'orifice même de l'urètre.

Quant aux rétrécissemens spasmodiques, ils avaient, dans les deux cas, leur siége à la portion contractile du canal.

SOIXANTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

Rétrécissement organique; cautérisation étendue. — Guérison.

V***, canonnier au 3e d'artillerie, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 19 février 1834. Cet artilleur était alors atteint d'une difficulté dans l'excrétion de l'urine, résultat de rétrécissemens survenus à la suite de plusieurs blennorrhagies rebelles, et traitées à différentes reprises par les injections stimulantes.

Le jet de l'urine est très mince et tombe assez près des pieds; son expulsion est douloureuse, et plus d'une fois, depuis deux mois, au dire du malade, la rétention a été complète. Il existe des douleurs rares, il est vrai, mais assez vives au col de la vessie.

La sonde exploratrice, introduite dans le ca-

nal, reconnaît, à quatre pouces et demi, un obstacle qu'elle ne peut franchir, et, au moment où l'instrument arrive sur cet endroit, le malade accuse une vive douleur. Soupe, riz au lait et pruneaux; boissons adoucissantes; bain.

Le 20, une sonde n° 2, couverte de cire à mouler, est introduite, avec assez de difficulté, à travers le rétrécissement, et l'on reconnaît qu'il a près de quinze lignes de longueur. Mêmes moyens; quinze sangsues au périnée, à raison de la grande irritabilité des parties.

Du 21 au 28. Le malade est soumis au régime adoucissant et prend des bains tous les jours. La sensibilité est moins vive; l'excrétion de l'urine plus facile.

Le 29, première cautérisation, qui est accompagnée d'assez vives douleurs.

Les jours suivans, les escarres tombent, et l'urine est rendue avec plus de facilité; le jet du liquide a plus de volume. Continuation des mêmes moyens; une sonde n° 6 est introduite.

Le 11 mars, nouvelle cautérisation, moins douloureuse que la première. Sortie des escarres, le 15.

Le 20, une sonde n° 10 est introduite et laissée pendant une demi-heure; elle détermine une irritation assez prononcée qui force le ma-

lade à recourir au bain, après la sortie de l'instrument.

Le 21, encore un peu d'irritation; bain, boissons adoucissantes.

Le 22, le malade est très bien; nouvelle introduction de la sonde, qui est continuée, depuis ce jour, jusqu'au 16 avril, époque de la sortie du malade, alors guéri.

SOIXANTE-TROISIÈME OBSERVATION.

Deux rétrécissemens organiques situés, l'un, à un pouce du méat, et l'autre au delà du bulbe; cautérisation, suivie de guérison, en vingt jours.

M. B***, officier de santé militaire, entra à l'hôpital de Strasbourg, le 15 avril 1835. Atteint, à différentes reprises, de blennorrhagies intenses traitées par les moyens ordinaires, M. B*** avait vu diminuer peu à peu le jet de l'urine, puis, quelquefois, l'expulsion de ce liquide cesser entièrement. Enfin, à la suite d'un excès dans les plaisirs vénériens, le malaise qu'il éprouvait ayant augmenté, il se décida à entrer à l'hôpital, afin de se soumettre à un traitement méthodique.

L'exploration de l'urètre fait reconnaître l'existence de deux rétrécissemens, situés, le premier,

à un pouce environ du méat urinaire, et l'autre à quatre pouces : tous deux semblent formés par la paroi inférieure du canal.

Le malade est soumis à un régime adoucissant. Diète lactée; boissons émollientes; bains généraux.

Le 19, première cautérisation du rétrécissement le plus superficiel.

Les 20 et 21, le malade urine plus facilement.

Le 25, seconde cautérisation portant sur les deux obstacles; puis, après la chute des escarres, introduction d'une sonde n° 8, qu'on laisse pendant un quart d'heure, après lequel le malade prend un bain général.

Le 5 mai, troisième et dernière cautérisation; après la chute des escarres, jet de l'urine aussi volumineux qu'avant la blennorrhagie; le malade sort parfaitement guéri le 11.

SOIXANTE-QUATRIÈME OBSERVATION.

Rétrécissement organique; cautérisation. — Guérison.

M. D***, capitaine de cavalerie légère, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 15 avril 1835. Cet officier, dont la jeunesse avait été très orageuse, avait éprouvé différentes gonorrhées, à la suite desquelles un rétrécissement s'était

formé au delà de la portion bulbeuse. Soumis, à son arrivée, à un traitement adoucissant, afin de diminuer la grande irritabilité dont il était doué, il ne fut cautérisé que le 16 mai.

La première application du caustique fut suivie d'un léger mouvement fébrile; néanmoins l'excrétion de l'urine en devient plus facile.

Le 20, seconde cautérisation; nouvel accès fébrile, puis ballonnement du ventre; urines troubles et douleurs vives au périnée.

Les boissons adoucissantes et les bains généraux ramènent le calme dans l'économie; le canal a acquis plus de largeur.

Le 27, introduction d'une sonde n° 8 suivie d'un nouvel accès de fièvre.

Le 28, malaise général, nausées, douleurs intestinales, selles liquides; le malade s'inquiète et s'agite. Diète; bain de siége, lavemens émolliens.

Le 29, le malade est mieux, il est moins découragé; les urines redeviennent naturelles; plus de douleurs intestinales, ni de nausées.

Le 30, le malade est bien, il mange la soupe et le riz au lait; le jet de l'urine est presque naturel.

Le 1er juin, le malade a mal dormi; retour des douleurs du bas-ventre, malaise général, faiblesse, découragement. Le chirurgien en chef croit s'a-

percevoir que le séjour de l'hôpital est mal supporté par le malade et lui conseille, étant presque entièrement guéri, de retourner à Haguenau, où se trouve son régiment. Cet officier reste cependant dix jours encore dans l'établissement, pensant que c'est moins au séjour de l'hôpital qu'au traitement qu'il a subi qu'il doit attribuer son malaise; toutefois, comme la faiblesse dont il est atteint persiste, il sort le 18 juin, il retourne à son régiment où il ne tarde pas à reprendre une santé vigoureuse.

Cet officier, jeune encore et plein de mérite, a succombé, cinq mois après, à une pleurésie intense, qui l'a ravi, en quelques jours, à ses frères d'armes et à ses amis.

SOIXANTE-CINQUIÈME OBSERVATION.

Rétrécissement spasmodique; cautérisation suivie d'accidens. — Antiphlogistiques. — Guérison.

M. D***, capitaine de dragons, d'un tempérament nerveux, quoique d'une constitution vigoureuse, éprouvait, depuis six mois environ et à des intervalles éloignés, des douleurs plus ou moins vives pendant l'excrétion de l'urine, douleurs dont le retour coïncidait d'ailleurs presque toujours avec les excès vénériens auxquels se

livrait cet officier. Il n'était pas rare, non plus, de les voir survenir à la suite d'émotions morales vives ou d'intempérance dans le régime. Alarmé de ses souffrances en quelque sorte périodiques, M. D*** consulta un homme de l'art, qui, après avoir introduit une sonde dans le canal et être parvenu sans obstacle à la vessie, lui assura qu'il n'avait rien à craindre et qu'il pouvait, en toute sécurité, continuer le même régime de vie, sauf toutefois l'abus des jouissances génitales.

Rassuré par le dire du chirurgien, M. D*** n'apporta aucun changement dans sa manière de vivre, il s'abstint seulement d'excitations vénériennes; mais, malgré sa continence, les douleurs et surtout la difficulté dans l'expulsion du liquide urinaire persistèrent et le forcèrent à recourir de nouveau aux conseils d'un médecin. Cette fois, la sonde ne put pénétrer jusque dans le réservoir de l'urine; la patience et l'adresse échouèrent pour l'y faire parvenir. Alors le malade s'inquiéta et crut qu'il avait été trompé; aussi, malgré les avis qui lui furent donnés d'attendre encore quelques jours avant de prendre une résolution, il quitta, à l'instant même, la garnison voisine où il était, et vint à Strasbourg se confier aux soins de M. Bégin. Il présentait, au moment de son arrivée à l'hôpital, l'état suivant :

Le jet de l'urine est naturel, ce liquide lui-même ne présente rien de remarquable ; le doigt, introduit dans le rectum, ne reconnaît aucune induration de la prostate; le malade n'accuse aucune douleur dans le trajet du canal, mais affirme que, le soir, après avoir mangé, quelque frugal, d'ailleurs, que puisse être son repas, il éprouve une difficulté extrême dans l'excrétion de l'urine et que le jet a été plus d'une fois complètement interrompu ; cependant une sonde, introduite dans le canal, arrive sans aucun obstacle jusqu'au delà du col vésical.

On prescrit la soupe, le riz au lait, des boissons adoucissantes et, de plus, un bain et un lavement émollient.

Pendant les premiers jours, le malade ne ressentit aucun des symptômes qu'il était habitué d'éprouver après ses repas du soir, et déjà il s'applaudissait du succès, lorsqu'une nuit, après avoir marché dans la journée un peu plus que d'habitude, il fut pris, à la suite d'une érection involontaire, d'une impossibilité presque complète d'uriner qui dura pendant trois minutes et demie environ. Grand fut son désappointement, et il l'exprima le lendemain matin avec une anxiété qu'il cherchait en vain à cacher. Rassuré, toutefois, il reprit bientôt sa sérénité, alla au bain, et continua à uriner sans difficulté pen-

dant le reste de la journée. Le surlendemain au soir, les spasmes revinrent, et alors il fut décidé qu'on essaierait de modifier la sensibilité du canal par une application légère du caustique sur la membrane muqueuse qui correspond aux portions musculeuse et prostatique.

La cautérisation eut lieu en effet; mais, loin de produire un résultat avantageux, elle donna lieu, au contraire, à des spasmes plus fréquens; et dès lors il fut résolu qu'on cesserait toute application de ce genre et qu'on recourrait exclusivement aux antiphlogistiques.

Des sangsues au périnée, des bains, un régime doux et des boissons adoucissantes furent, en effet, les seuls moyens dont on fit ensuite usage, et M. D*** sortit, guéri, de l'hôpital, dans le courant de juillet, entièrement rassuré sur son état et se promettant bien, dans le cas où il serait de nouveau atteint d'un rétrécissement spasmodique, de ne pas se laisser cautériser.

Nous pourrions multiplier davantage les observations de ce genre; mais, d'une part, elles n'ont rien présenté qui les distingue des précédentes, et, de l'autre, on a tant usé des publications de ce genre, qu'elles sont devenues presque inutiles. La suivante mérite cependant d'être notée.

SOIXANTE-SIXIÈME OBSERVATION.

Rétrecissement organique à trois pouces; incision par l'urétrotome. — Guérison.

F***, canonnier au 3e d'artillerie, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg dans le courant de février 1835. Cet artilleur, atteint à différentes reprises de blennorrhagies qui s'étaient toujours considérablement prolongées, et adonné, d'ailleurs, aux boissons alcooliques, éprouvait, depuis plusieurs années, dans l'excrétion de l'urine, une difficulté qui allait toujours croissant, et le força d'entrer à l'hôpital.

Il existe, à trois pouces, un rétrécissement qui paraît dur, résistant et fibreux. On sent, à travers la peau, le long de l'urètre, à la partie moyenne de la verge, un endurcissement noueux, indolent, long de près d'un pouce et appartenant manifestement à l'obstacle. Pensant que l'on serait obligé de trop multiplier les applications du caustique, et la dilatation essayée ayant paru impossible, le chirurgien en chef se propose de recourir à l'incision du canal, opérée avec l'urétrotome à olive de M. Amussat.

Après quelques jours de repos, d'un régime adoucissant, de bains et de boissons émollientes, l'opération est pratiquée; mais telle est la densité du rétrécissement, que l'olive moyenne, pous-

sée avec force, ne peut s'y engager : la plus petite seule pénètre, et encore avec beaucoup de peine. Un bout de sonde, introduit à sa place, maintient les parties béantes, et excite une suppuration qui favorise l'agrandissement du canal. L'amélioration fut notable, on continua les adoucissans, et, onze jours après, une section nouvelle faite avec l'olive la plus forte acheva le débridement. Le traitement, continué ensuite par la dilatation, se termina par une guérison assez prompte et complète.

Ces observations n'ont guère d'autre mérite que celui de confirmer ce qui a été écrit, dans ces derniers temps, sur les rétrécissemens urétraux. Sous le rapport du siége, on a pu voir que les faits recueillis par nous sont parfaitement en rapport avec ce que les meilleurs observateurs ont noté. Ce n'est pas que nous ignorions que cette question a été diversement résolue par quelques praticiens; mais ici, comme dans toutes les questions de cette nature, le plus grand nombre semble devoir faire loi. Les succès obtenus par la cautérisation justifient les éloges donnés à ce traitement par les écrivains distingués qui, depuis Ducamp, ont perfectionné la méthode de ce jeune savant, si tôt enlevé à la science. Dans tous les cas, M. Bégin s'est servi des instrumens de son ami, M. Lallemand, et a employé concurremment

la dilatation. Cette adjonction, considérée par le professeur de Montpellier, sinon comme nuisible, du moins comme complètement inutile, nous a semblé, au contraire, avantageuse dans le plus grand nombre des cas. Les cautérisations étendues des rétrécissemens prolongés ne nous ont pas paru plus dangereuses que les autres. Ducamp, dans la crainte d'irriter trop vivement le canal, prescrivait de n'attaquer les rétrécissemens de cette espèce que par des cautérisations successives, ayant soin de ne donner à chacune d'elles que trois lignes de profondeur. Or, ainsi qu'on vient de le voir, M. Bégin a cautérisé en une seule fois un rétrécissement de quinze lignes, et l'irritation n'a été ni plus vive, ni plus durable que dans les cas où le caustique avait porté sur une portion beaucoup moins étendue.

L'utilité de l'incision, à l'aide de l'urétrotome de M. Amussat, a été plusieurs fois mise hors de doute dans notre clinique. M. Bégin assure n'avoir jamais eu qu'à se louer de ce moyen; toujours, selon lui, les malades en éprouvent de l'amélioration, et jamais il n'a eu à se repentir d'y avoir eu recours : il ne l'a jamais appliqué, toutefois, que dans la portion du canal antérieure au bulbe.

On conçoit, au reste, comment cette méthode, par l'agrandissement instantané qu'elle détermine

dans les voies d'excrétion et la saignée capillaire qu'elle procure, peut et doit amener une prompte guérison; car la suppuration, qui ne saurait manquer de survenir, et la dilatation exercée par la sonde, contribueront nécessairement à la fonte des tissus malades, et s'opposeront en même temps à la formation de cicatrices trop resserrées, résultats auxquels on parviendrait moins sûrement, sans doute, en se servant des deux autres instrumens que l'on doit à l'esprit inventif de M. Amussat : le *coupe-bride* et le *scarificateur*. Jusqu'ici, personne encore n'a songé, je pense, à unir l'incision à la cautérisation. L'idée, cependant, d'appliquer le nitrate d'argent sur des parties récemment divisées paraît assez rationnelle. Peut-être a-t-on craint d'ajouter aux douleurs du traitement par cette combinaison ; mais le surcroît de souffrances ne devrait point être pris en considération s'il était démontré que, grâce à cette association, la guérison dût être plus durable. Il ne faut pas se le dissimuler, en effet, le nombre des rechutes après la cautérisation, est plus considérable qu'on ne le croit généralement. Pourquoi d'ailleurs, comme le fait remarquer M. Bégin avec juste raison, du moment où il est reconnu que c'est à l'inflammation chronique de la membrane muqueuse urétrale que sont dus les rétrécissemens, pourquoi la persistance de la phlegmasie,

si elle n'a pas été détruite, ne reproduirait-elle pas les mêmes altérations et les mêmes effets, à quelque méthode de traitement qu'on ait eu recours?

La base du traitement que M. Bégin oppose aux rétrécissemens organiques de l'urètre est toujours antiphlogistique. Les bains entiers, les bains de siége, les sangsues au périnée, les fomentations émollientes, le régime sévère, les lavemens émolliens, et, parfois, narcotiques, sont employés chez tous les sujets dès le début, et continués avec plus ou moins de sévérité pendant toute la durée de ce traitement. L'urètre est ensuite exploré; si la dilatation semble devoir suffire, on l'emploie exclusivement; si le rétrécissement est trop dur, trop fibreux, la cautérisation lui est appliquée, quand il occupe la partie profonde et courbe de l'urètre. L'incision est souvent préférée, au contraire, s'il est placé dans la partie droite du canal. Dans l'un comme dans l'autre cas, les dilatations succèdent à l'opération et, conjointement avec les autres parties du traitement, achèvent la guérison. Les bougies simples, filiformes ou à ventre ne sont laissées en place que deux ou trois heures au plus, matin et soir, et, à mesure que les progrès de la dilatation se manifestent, on diminue leur séjour, puis on éloigne les époques de leur introduction. Afin de

prévenir les récidives, M. Bégin recommande aux malades de continuer pendant longtemps encore, après la guérison, et le régime sévère, et la régularité de la conduite, et l'introduction, de temps à autre, des bougies.

Quant aux moyens qu'il convient d'opposer aux rétrécissemens spasmodiques, beaucoup plus fréquens que l'on n'était disposé à le penser il y a quelques années, on a pu voir, par l'exemple que nous avons rapporté, combien la cautérisation est peu favorable contre eux. Sans affirmer qu'il en doive être constamment ainsi, nous pensons cependant que vouloir traiter les rétrécissemens de cette nature par les introductions réitérées des bougies, les cautérisations et les titillations de toute sorte de l'urètre, c'est agir, selon l'expression de M. Bégin, comme le ferait celui qui, pour se débarrasser d'une ophthalmie chronique, porterait incessamment son doigt sur l'œil malade. C'est bien moins par les corps introduits dans le canal que par un régime adoucissant prolongé, et par les autres moyens indiqués plus haut, que l'on parvient à diminuer son irritabilité convulsive; du moins, devons-nous dire que nous avons eu à nous louer singulièrement de cette médication chez les individus qui sont venus réclamer nos conseils. Une chose importante à surveiller dans ces circonstances parfois difficiles,

c'est la liberté des excrétions fécales. Nous nous sommes convaincu que l'état diarrhéique leur est plus préjudiciable que celui de la constipation; d'où il suit que les laxatifs ne doivent être prescrits qu'avec réserve, si l'on veut en retirer quelque avantage. Du moment où ils provoquent plusieurs selles, il faut, à moins d'indications pressantes, en discontinuer l'usage; notre conviction, à cet égard, est si grande, que nous ne saurions trop appeler l'attention des praticiens sur ce point de thérapeutique des maladies des organes génito-urinaires.

Nous terminerons ces considérations en faisant remarquer l'insuffisance des procédés ordinairement mis en usage contre le traitement des rétrécissemens du méat urinaire. Cette inefficacité de la cautérisation et de la dilatation dans les cas de ce genre nous paraît tellement démontrée par les faits cliniques, que nous sommes étonné de ne pas voir les praticiens livrés plus spécialement à l'étude des affections des voies urinaires, en faire l'objet de considérations spéciales. Nous pourrions, afin de corroborer notre opinion à cet égard, ajouter plusieurs autres faits, observés soit en ville, soit à l'hôpital civil de Strasbourg, à celui que nous avons rapporté. M. Bégin pense que le tissu élastique, difficilement extensible et fibreux, qui entoure le méat urinaire, est la cause

de la persistance de ces rétrécissemens. Il n'existe, selon lui, et nous partageons son avis, qu'un seul moyen à peu près certain de guérison : c'est l'incision avec l'instrument tranchant; puis la dilatation à l'aide de la sonde, afin de s'opposer à la réunion des parties divisées. Nous avons vu, après huit applications et plus du caustique, le méat urinaire devenir plus étroit et plus dur qu'auparavant. Nous avons vu cette ouverture, péniblement agrandie par la présence permanente des bougies et des sondes de calibre graduellement augmentées, revenir à son étroitessse primitive quarante-huit ou soixante-douze heures après la cessation de l'usage des corps étrangers. A l'aide de l'incision, au contraire, le chirurgien procure une saignée locale abondante; le tissu morbide se dégorge et ensuite suppure; la tendance à la coarctation consécutive est moins grande qu'après la cautérisation, et quelques jours suffisent quelquefois pour assurer au méat urinaire ses dimensions normales. Nous ne pourrions assurer que ce procédé réussit dans tous les cas, mais il nous semble réunir à la simplicité et à la rapidité de l'exécution toutes les conditions rationnelles de succès, et nous ne l'avons pas vu encore échouer.

(*La suite au prochain volume.*)

OBSERVATION

DE LUXATION COMPLÈTE DE LA JAMBE

EN AVANT SUR LA CUISSE;

PAR M. LE D. FAYET,

Chirurgien principal d'armée et chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Bayonne.

Le 13 juin dernier, étant occupé à faire ma visite du matin à l'hôpital, je fus invité à me rendre en toute hâte aux glacis, pour un accident survenu à un officier supérieur du 4e régiment d'infanterie légère; j'obéis aussitôt à cette demande, et ne tardai pas à rencontrer le blessé, accompagné de M. le docteur Collin, chirurgien-major du régiment, qui l'avait fait placer sur un brancard.

Transporté immédiatement à l'hôpital, M. C***, lieutenant-colonel, âgé de quarante-six ans, doué d'un certain embonpoint, d'un tempérament éminemment sanguin, de constitution athlétique et de haute taille (cinq pieds dix pouces), m'expliqua de la manière suivante, mais d'une voix faible, l'accident qu'il venait d'éprouver.

Occupé sur les glacis de la place à diriger l'exé-

cution d'une manœuvre, mon cheval, auquel j'avais abandonné la bride, glissa sur l'herbe humide et s'abattit tout à coup, pendant que j'avais les deux pieds engagés dans les étriers et les genoux tendus.

Chercher à le relever en tirant fortement sur la bride et le sentir manquer des quatre pieds, en retombant de tout le poids de son corps sur mon genou droit, que j'entendis craquer et plier en arrière, furent l'affaire de quelques secondes. Lorsqu'on me retira de dessous le cheval, j'avais perdu connaissance par la douleur intolérable que j'avais éprouvée, et que je ressens encore très fortement.

Tous les traits de M. C*** exprimaient, en effet, un saisissement profond; il avait le visage extrêmement pâle et grippé, les lèvres violettes; tout son corps était couvert d'une sueur froide, et à peine on sentait les pulsations de ses artères.

Après l'avoir débarrassé avec précaution de ses vêtemens, je reconnus que le membre abdominal droit, sur lequel avait eu lieu la chute, éta t entièrement froid et comme marbré dans presque toute son étendue; on y remarquait, en le plaçant à côté du membre gauche, un raccourcissement de plus de quatre pouces; le pied était un peu allongé et la pointe tournée en dedans; la difformité du genou était très considérable et présentait 1° une énorme saillie en avant et en

haut, formée par les extrémités supérieures des os de la jambe; 2° on voyait la rotule, à un pouce et demi environ plus haut, un peu tournée de champ et placée au côté externe de la cuisse; 3° il y avait, sur les parties latérales du genou, deux tumeurs arrondies et élevées, plus grosses que le poing, qui présentaient à leur surface plusieurs plaques de forme irrégulière, couleur lie de vin. Ces tumeurs, formées sans doute par des extravasions sanguines dans le tissu cellulaire, étaient crépitantes sous la pression des doigts, et comme emphysémateuses; 4° en arrière et en bas on apercevait une forte proéminence que l'on reconnaissait facilement être produite par le déplacement de l'extrémité inférieure du fémur, qui avait glissé en dessous des muscles jumeaux, dont les fibres paraissaient plutôt s'être écartées et soulevées que déchirées; 5° enfin on sentait, en dessous et en arrière des condyles du fémur, plusieurs inégalités et quelques tumeurs irrégulières, à peu près de la grosseur d'une noix, qui cédaient sous la pression des doigts, dans le genre des dilatations variqueuses.

Pour établir mon diagnostic et me fixer d'une manière claire et précise sur un cas aussi grave, dont plusieurs chirurgiens recommandables ont nié la possibilité, et que je n'avais jamais rencontré dans ma longue pratique, j'explorai, avec le

plus grand soin, cette énorme difformité, en tâchant toutefois de ne point trop fatiguer le malade, qui paraissait souffrir beaucoup, et je m'assurai d'abord qu'il n'y avait point de fracture, ensuite qu'il y avait réellement luxation complète en avant de l'articulation fémoro-tibiale, avec déchirure partielle, et tiraillement des ligamens latéraux et inférieur, rupture des ligamens croisés postérieurs, et écartement ou distension considérable des tendons, vaisseaux et aponévroses situés au jarret.

Fixé comme je l'étais sur le cas grave qui se présentait, je ne m'en dissimulai point les difficultés, surtout en rappelant à ma pensée la différence des opinions émises par les auteurs sur ce genre de luxation.

En effet, les uns prétendent que l'amputation est le seul moyen de prévenir des accidens traumatiques, pour ainsi dire foudroyans, qui entraînent presque toujours la perte du sujet ou des infirmités qui lui rendent à charge la triste existence qu'on lui a conservée; les autres, au contraire, pensent qu'en opposant à tous les symptômes inflammatoires consécutifs une médication énergique et rationnelle on peut non seulement sauver le blessé, mais encore obtenir des résultats tellement satisfaisans, qu'ils citent plusieurs observations de guérisons où l'articu-

lation a été rendue à son état normal, après un certain temps, et où la progression s'exécutait sans la moindre claudication.

Enfin, ce fut d'après ces dernières considérations que je me déterminai à remplir l'indication qui me parut la plus urgente : celle de réduire la luxation, et j'y procédai immédiatement, de la manière suivante :

Je pliai, d'abord, deux grandes serviettes sur deux de leurs angles, de manière à former deux lacs solides et peu volumineux ; je passai le premier à la partie interne et supérieure de la cuisse, en ramenant ses deux chefs vers la partie antérieure et un peu externe du bassin, et les confiai à un aide, qui avait avec lui deux hommes vigoureux; ensuite, après avoir enveloppé le tiers inférieur de la jambe avec une compresse double, j'y plaçai le second lacs, et le croisai par dessus le cou-de-pied, en ramenant ensuite les deux chefs sur les malléoles et les joignant par dessous la voûte plantaire : je les remis à un second aide (1).

Tout étant ainsi disposé, et moi-même m'étant placé du côté du membre luxé, j'appliquai les quatre doigts de la main gauche sur la saillie for-

(1) M. le docteur Collin a tenu lui-même le pied du colonel, et m'a aidé à faire l'extension du membre au moment de la réduction.

mée par les extrémités supérieures des os de la jambe, et le pouce sur la rotule; je portai en même temps ma main droite au dessus de la proéminence qui indiquait l'extrémité inférieure du fémur, et, dans cette position, je fis exécuter les deux mouvemens d'extension et de contre-extension dont je dirigeai les efforts. Après quelques tractions graduées, le membre s'allongea, un bruit assez fort de glissement se fit entendre et la réduction fut opérée.

Dans cet instant, le malade fut soulagé et me témoigna sa vive satisfaction de ne plus ressentir aucune espèce de douleur, pas même durant les légers mouvemens de flexion et d'extension que je fis exécuter au membre, sur lequel j'appliquai un bandage roulé, qui fut humecté avec de l'eau fraîche légèrement chlorurée, et que je plaçai sur un plan incliné à demi fléchi.

Prescription. Diète sévère, repos absolu, limonade pour boisson, potion antispasmodique, application d'une bouteille d'eau chaude sous le pied qui était très froid.

Le soir, le malade était assez tranquille, son pouls était développé, la chaleur s'était rétablie; M. C*** n'éprouvait aucune douleur, mais il ressentait de l'engourdissement dans tout le membre.

Prescription. Saignée de vingt onces, même

boisson, même potion que le matin; les mêmes lotions sont continuées.

Le deuxième jour, il y avait eu un peu de sommeil durant la nuit, mais il avait été interrompu plusieurs fois par de fortes secousses qui s'étendaient dans tout le membre et qui réveillaient le malade en sursaut sans lui faire éprouver autre chose qu'une frayeur passagère. Le pouls était dur et fréquent; le malade avait beaucoup de chaleur et une soif inextinguible.

Prescription. Seconde saignée, plus forte que la première; boisson, potion et lotions continuées comme la veille.

Depuis cette époque jusqu'au quatrième jour, l'altération, la chaleur et la force du pouls persistèrent, mais sans que le malade ressentît dans le membre d'autre sensation qu'un fourmillement et un travail intérieur assez incommodes, dont le point central était au genou.

Deux autres saignées du bras semblables à la dernière furent encore pratiquées : une le soir du troisième jour, l'autre le lendemain. La limonade, qui était prise avec beaucoup de plaisir, la potion et les mêmes lotions furent continuées.

Vers le soir du quatrième au cinquième jour, à la suite de quelques visites qui exaltèrent et fatiguèrent beaucoup le malade, il ressentit des frissons prolongés, et, dans le genou, plusieurs

élancemens qui se renouvelèrent à de courts intervalles, augmentèrent ensuite avec assez de rapidité et furent bientôt suivis d'une forte exacerbation fébrile. Ces symptômes furent suivis d'une douleur fixe et pulsative, qui s'étendait du genou jusqu'au mollet, et qui, dans un espace de moins de deux heures, prit un tel accroissement, que je dus enlever le bandage roulé, dans le but de soulager le malade et d'examiner la partie.

Ayant mis le membre à découvert, je reconnus, en effet, qu'il y avait une assez forte tuméfaction, laquelle se prolongeait un peu au dessus du genou, et s'étendait jusqu'au tiers supérieur de la jambe; la peau était d'un rouge brillant, tendue et très chaude; le pouls était vif, serré et très fréquent.

Prescription. Diète; application de quatre-vingts sangsues, suivie de lotions d'eau tiède et de l'application de cataplasmes émolliens, changés de deux en deux heures. Continuation de la limonade; potion antispasmodique, légèrement opiacée.

Le cinquième jour, à six heures du matin, bien que les piqûres des sangsues n'eussent cessé de couler que vers quatre heures, la douleur, la tuméfaction et les élancemens dans le genou avaient sensiblement augmenté. Le pouls était

serré et vibrant, le malade avait été agité et très inquiet pendant la nuit; il était fort altéré.

Prescription. Continuation de la diète, petit-lait nitré et eau gommeuse, lavement émollient. Quatre-vingts nouvelles sangsues furent appliquées et réparties autour de l'articulation; mais, peu après qu'elles furent tombées et malgré le secours de plusieurs ventouses placées au dessus des piqûres, je remarquai que le sang qui coulait ne dégageait point le genou en proportion de l'activité du travail fluxionnaire qui s'y portait, et alors il me parut urgent et rationnel, en même temps, d'avoir recours à un moyen qui m'a toujours réussi à la suite des fortes inflammations traumatiques : celui d'insister sur de nouvelles applications de sangsues, et d'en appliquer coup sur coup, sans interruption, de manière à ne point attendre que les unes eussent entièrement cessé de couler pour en placer d'autres, et de continuer, ainsi en activant en même temps le dégorgement des piqûres, au moyen d'un certain nombre de ventouses placées à propos et selon le besoin.

Ce fut sous l'influence de cette médication active et énergique que je fis continuer presque sans interruption jusqu'au lendemain, sixième jour depuis l'accident, que je parvins 1° à faire disparaître la douleur et la tuméfaction de l'ar-

ticulation; 2° à prévenir les graves complications auxquelles aurait infailliblement donné lieu une inflammation aussi intense si, comme il était à craindre, elle avait débordé les moyens qui lui étaient opposés.

Le petit-lait n'ayant point été supporté, la limonade et l'eau gommeuse furent prises alternativement; je permis ensuite quelques légers bouillons de poulet. On fit des fomentations huileuses opiacées sur la partie, et les cataplasmes émolliens furent continués.

Du sixième au douzième jour, le malade étant aussi bien qu'on pouvait le désirer dans sa position, eut l'imprudence de manger selon son appétit (il ne lui avait été permis jusque-là que de légers potages et quelques cuillerées de fraises qui avaient donné lieu à plusieurs évacuations alvines bilieuses). Dans la nuit, il éprouva une forte indigestion, avec des vomissemens et un violent accès de fièvre qui, heureusement, ne réagit que faiblement sur le membre affecté.

Prescription. Diète; saignée du bras de quinze onces; limonade pour boisson; huile de ricin, deux onces, pour le lendemain matin.

Le treizième jour, des évacuations très abondantes avaient eu lieu, la fièvre et l'altération avaient disparu; le malade étant très bien le soir,

je lui permis du bouillon aux herbes qu'il réclamait avec instance.

Du quatorzième au vingt-cinquième jour, j'ajoutai, aux frictions huileuses opiacées et aux cataplasmes émolliens, les réfrigérans et les résolutifs ayant été nuisibles, l'application d'un taffetas gommé en double, avec lequel j'enveloppai tout le membre dans le but de concentrer sur la partie une chaleur douce qui lui était toujours agréable, et d'opérer une détente salutaire, au moyen d'une transpiration locale permanente. J'obtins, en effet, de ce moyen un résultat des plus satisfaisans : car il y eut, depuis ce moment-là, une exhalation de sueur tellement abondante de tout le membre, que l'eau ruisselait, pour ainsi dire, par l'ouverture qui était au bas du bandage et qu'on était obligé de changer, trois et quatre fois par jour, toutes les enveloppes placées au dessous du taffetas gommé, tant elles étaient mouillées.

Par ce moyen, que j'avais déjà employé plusieurs fois dans des cas à peu près semblables, je parvins à faire disparaître 1° l'empâtement qui existait sous le jarret, ainsi que la sensation douloureuse qu'occasionnait la pression des doigts sur deux inégalités correspondant aux attaches des ligamens croisés; 2° l'œdème et l'induration de la peau et du tissu cellulaire, qui

s'étendent à tout le membre ; 3° enfin une vaste ecchymose qui partait de la partie postérieure, supérieure et externe de la cuisse, et se prolongeait le long de la jambe jusqu'à la malléole externe.

A dater du vingt-cinquième jour, le plan incliné fut supprimé; le taffetas gommé, les cataplasmes et les autres applications furent remplacés par un ample morceau de flanelle dans lequel tout le membre fut enveloppé. Il n'y avait plus aucune douleur ni au genou, ni à aucune autre partie du membre, que le malade soulevait, fléchissait, étendait presque entièrement et à plusieurs reprises sans que ces divers mouvemens, qu'il n'avait pu exécuter seul jusqu'alors, lui fissent éprouver autre chose qu'une sorte de sentiment d'érectilité, suivi d'un fourmillement intérieur qu'il comparait à l'effet que produirait une secousse électrique, partant de la partie supérieure et antérieure de la cuisse, et descendant, avec une certaine rapidité, du genou jusqu'à la jambe.

Des bains tempérés et mucilagineux, après lesquels le membre était frictionné avec un liniment camphré opiacé, furent très efficaces, et les progrès se succédèrent avec tant de rapidité, que, trois jours après que je lui avais permis de se lever, le colonel put se servir de béquilles et faire

quelques tours dans l'appartement, d'abord en tâtonnant, ensuite avec une telle facilité que, le trentième jour de l'accident, il appuyait légèrement le pied sur le sol, et faisait même supporter le poids de son corps au membre malade, sans y ressentir la moindre faiblesse et sans qu'aucun retentissement douloureux se manifestât dans l'articulation.

D'après un état aussi satisfaisant, je cédai au désir que me témoigna le colonel de rentrer chez lui, et je lui accordai sa sortie de l'hôpital le 21 juillet dernier, trente-huitième jour depuis sa chute. Il se rendit seul, à l'aide de ses béquilles, jusqu'à son logement.

Depuis cette sortie jusqu'au moment de son départ pour les eaux thermales de Cauterets, il gagna d'une manière visible en force et en agilité. Il ne lui restait de tant de graves complications qu'une légère induration au genou, et plus particulièrement sous le jarret, ainsi qu'un engorgement dans l'articulation tibio-tarsienne, exempt de la moindre douleur.

Avant de terminer cette observation, je crois important de mentionner un fait qui me paraît devoir trouver ici sa place. M. C*** ne cessait de répéter, après sa sortie de l'hôpital, et depuis qu'il commençait à marcher, qu'il sentait plus de force et plus de solidité dans son genou qu'a-

vant son accident. Depuis quelques mois, lorsqu'il se fatiguait ou qu'il restait debout pendant un certain laps de temps, il éprouvait une espèce de relâchement dans les articulations des genoux qui, fort souvent, étaient sur le point de fléchir malgré lui, à ce point qu'il lui semblait quelquefois que ses jambes allaient se détacher des cuisses.

Enfin le colonel se mit en route pour Cauterets, seize jours après sa sortie de l'hôpital, y séjourna jusqu'à la fin de la seconde saison, y fit usage, sans interruption, des bains et des douches d'une manière graduée, et les supporta parfaitement, sans avoir eu besoin de les suspendre un seul jour.

Après le dixième jour de son arrivée à Cauterets, M. C*** avait remplacé les béquilles par une simple canne, et, depuis son retour, il marche sans claudication, appuyé, toutefois, sur sa canne dont il dit qu'au besoin il pourrait se passer.

Il a déjà monté à cheval plusieurs fois et a commandé les manœuvres, parcouru les rangs au trot sans éprouver la plus légère douleur, ni d'autre incommodité qu'un faible engorgement de l'articulation du pied, engorgement qui se trouve entièrement dissipé après le repos de la nuit.

OBSERVATION

D'une tumeur adipeuse et fibreuse, située à la région fessière du côté droit, développée à la suite d'une lésion traumatique, et opérée avec succès;

PAR M. LE D. POIRSON,

Chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

M. P***, garde du génie, âgé de cinquante-six ans, de constitution nervoso-sanguine, habituellement bien portant, fut atteint, en 1813, d'un coup de boulet à la partie inférieure de la région fessière du côté droit; il en est résulté une sorte de sillon superficiel dont la plaie se cicatrisa en peu de jours.

Quelque temps après, le malade s'aperçut de l'existence d'un point fistuleux à l'endroit de la cicatrice : cette fistule persista jusqu'en 1821. A cette époque, elle s'oblitéra spontanément, sans donner issue à aucun corps étranger et fut remplacée par des douleurs sourdes dans la même région.

Cet état continua, mais d'une manière assez

tolérable, jusqu'à l'année 1827 : alors les douleurs devinrent intenses au point que M. P*** fut obligé d'aller à Baréges, où l'emploi des eaux les fit disparaître. Deux années plus tard, les douleurs de la région fessière reparurent avec la même intensité, et le malade se rendit aux sources d'Arles, où il retourna en 1834.

C'est à compter de cette dernière époque qu'il s'aperçut, pour la première fois, de l'existence d'une tumeur molle et roulante, à l'endroit de la cicatrice. D'abord très petite, elle augmenta progressivement; elle acquit bientôt le volume d'un œuf de cane, puis elle sembla rester stationnaire; mais les douleurs persistèrent avec le même caractère, et les mouvemens de la marche devinrent de plus en plus difficiles. Dans cet état de choses, M. P*** se décida à venir à Paris. Il y arriva au commencement de 1837, et y fut aussitôt atteint d'une affection aiguë de la poitrine; il est reçu, traité et guéri de cette maladie à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. C'est à la suite de ce traitement que le malade est passé dans mon service pour obtenir la guérison de la tumeur que je viens d'indiquer.

A l'examen, je trouve une tumeur circonscrite, volumineuse, placée à la région fessière droite, sans changement de couleur à la peau, indolente,

à la pression, dure au toucher, légèrement mobile à sa base, s'étendant profondément dans des limites indéterminables *a priori*. Était-ce un kyste liquide, un engorgement de mauvais caractère ou bien un lipome? Voilà les idées qui se sont présentées à mon imagination. J'avoue cependant que j'ai eu de la peine à me décider plutôt pour l'une que pour l'autre de ces opinions, et pourtant une pareille détermination était importante; car elle pouvait avoir de l'influence sur le parti à prendre. Il était essentiel surtout de préciser si la tumeur ne s'étendait pas dans la cavité pelvienne par les ouvertures inférieures du bassin, et si elle n'avait pas des rapports immédiats avec les vaisseaux et nerfs de la même région. Ces doutes, qui se présentaient naturellement à mon esprit, ont été partagés par MM. les membres du Conseil de santé, qui ont examiné avec attention le malade dans la première quinzaine du mois de juin. Leur opinion a été divisée à cet égard : les uns pensaient que c'était un lipome; les autres une masse fibreuse ou carcinomateuse. On est cependant tombé d'accord sur ces deux points : 1° que le mal pouvait avoir des racines profondes, et que l'opération était susceptible d'occasionner des accidens graves, quoiqu'elle parût d'ailleurs le seul moyen de guérison; 2° qu'attendu ces

circonstances, il fallait continuer le traitement résolutif ainsi que l'application de quelques moxas avant d'en venir à l'ablation.

Quand les loupes sont encore très petites, elles peuvent se terminer par absorption spontanée, mais c'est excessivement rare. Les moyens qui ont été préconisés pour les guérir sont : les résolutifs, la cautérisation, la ligature, l'extirpation et l'amputation. Les résolutifs ne réussissent qu'autant que la matière contenue dans le kyste conserve de la fluidité et que les vaisseaux absorbans ne sont pas désorganisés. Comme il était fort difficile de bien caractériser la nature de la tumeur qui fait le sujet de cette observation, il m'a donc fallu insister sur les résolutifs à l'extérieur et à l'intérieur; j'ai aussi administré les remèdes connus sous le nom de fondans. Ce traitement a paru d'abord produire quelque effet avantageux, car la tumeur est devenue plus mobile, mieux circonscrite et un peu moins volumineuse; mais ces changemens n'ont été que de courte durée; car, trois semaines après, le mal reprit ses conditions primitives et sa marche fit subitement des progrès inquiétans. Il ne me resta donc plus d'autres moyens que d'avoir recours à l'opération. Le malade y était entièrement décidé, et j'y procédai le 9 août dernier, à l'issue de ma visite du matin, en présence du médecin en

chef et de tous les officiers de santé attachés à l'hôpital du Gros-Caillou.

Le malade et les aides étant placés convenablement, j'ai pratiqué une incision de six pouces de longueur suivant le grand diamètre de la tumeur; j'ai divisé la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les muscles fessiers, qui étaient fort distendus. Le kyste étant mis en évidence, les bords de la plaie écartés, j'ai disséqué avec précaution la tumeur, et, arrivé à une certaine profondeur, j'ai trouvé une quantité de tissu cellulaire qui servait de soutien à toute la masse morbide, de manière qu'à l'aide des doigts seuls il m'a été possible de déchirer doucement cette espèce d'enveloppe, et d'enlever en un instant la tumeur par une véritable énucléation. Il en est résulté une plaie vaste et profonde qui a laissé à découvert le muscle pyramidal, le nerf sciatique et l'artère fessière profonde, parties qui formaient, pour ainsi dire, le lit du lipome. Le sang perdu pendant l'opération n'a pas été considérable, une artère seule a été liée; j'ai pansé mollement la plaie par demi-intention, c'est à dire par demi-réunion immédiate. La réaction a été assez prononcée pour m'obliger de saigner trois fois le malade. Chaque émission sanguine était de *douze onces*, et l'opéré a été soumis au régime que son état réclamait. Le pre-

mier pansement a été fait le cinquième jour après l'opération, et les autres ont été répétés régulièrement. Lorsque les bourgeons charnus ont commencé à se développer, j'ai rapproché exactement les bords de la plaie, et la cicatrice a été très rapide. Au bout du trente et unième jour de l'opération, M. P*** a été tout à fait guéri.

La tumeur, examinée extérieurement, présente une forme ovalaire; sa surface est lisse et celluleuse; sa consistance est analogue à celle des tumeurs fibreuses; son diamètre longitudinal est de cinq pouces et demi, le transversal de trois pouces environ; son poids est de sept onces deux gros. Divisée suivant son grand diamètre, elle offre un tissu blanc, serré, entièrement adipeux, plus ferme vers le centre qu'à la circonférence : ce tissu est de nature cellulaire et, en quelque sorte, arborisé, c'est à dire que ses cellules se rapprochent à mesure qu'on passe de la circonférence au centre, et leur ensemble offre une disposition parfaitement symétrique, ainsi que cela avait été noté par Morgagni, à l'égard des *lipomes* en général; du reste, sa blancheur paraît tenir à une certaine quantité d'albumine qui le pénètre en tous sens.

Le kyste, assez épais, dense, susceptible d'être séparé avec les ongles, est entouré des deux moitiés de la masse graisseuse. Cette membrane paraît

lisse et comme séreuse à sa surface interne, tout à fait cellulaire à sa face externe. Son épaisseur, comme je l'ai déjà dit, est assez considérable pour pouvoir être séparée en deux couches très distinctes.

Réflexions. Un premier fait à noter, dans l'observation qui précède, est celui de la fistule et des douleurs qui ont succédé à la blessure. Il est difficile de comprendre comment une plaie aussi superficielle et de la nature de celle dont le malade a été atteint a pu donner naissance à une fistule, à moins, toutefois, de supposer un décollement cutané, ce qui n'est pas probable; car la cicatrisation a eu lieu en peu de jours, d'après le rapport de M. le garde du génie. On pourrait, il est vrai, présumer l'existence de quelque corps étranger dans les tissus sous-jacens pour se rendre compte d'un pareil phénomène. Rien cependant, dans les commémoratifs, n'autorise une semblable supposition; par conséquent, je serais porté à croire que ce que le malade appelle *point fistuleux* n'était autre chose qu'un simple suintement superficiel, qui provenait de la cicatrice elle-même, ou plutôt du derme sous-jacent, qui pouvait plus ou moins se trouver malade. On ne confondra jamais un tel suintement avec une fistule proprement dite, qui suppose toujours l'existence d'un tra-

jet, etc. Quant aux douleurs qui sont survenues plusieurs années après la guérison de la blessure, c'est là un point qui ne me paraît pas plus facile à expliquer que le précédent. Au reste, deux idées pourraient prévaloir ici : ou bien qu'une névralgie eût succédé à la contusion de la fesse, ou bien qu'un travail phlogistique, lent et chronique, se serait formé dans les tissus profonds de la même région. Je pense, cependant, que si les douleurs avaient tenu à une simple névralgie, celles-ci n'eussent pu exister longtemps sans s'irradier à la cuisse et à la jambe, comme on le remarque dans le rhumatisme. Néanmoins, l'idée d'une phlogose chronique des tissus frappés par le boulet pourrait, à la rigueur, être admise, bien que, d'ailleurs, les douleurs que M. P*** a éprouvées ne la rendent pas incontestable.

Attachons-nous maintenant à la formation de la tumeur. Ces sortes d'engorgemens ont été considérés comme le résultat d'une hypertrophie locale de la graisse; aussi avait-on pensé qu'ils ne se rencontraient exclusivement que dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané (Boyer, tome 2, page 407). Aujourd'hui cette opinion ne serait plus admise, et il suffirait du fait précédent pour la renverser. Nous avons vu effectivement que la tumeur dont il s'agit existait entre deux couches musculaires, et nullement dans le

système graisseux. Cette seule circonstance suffit déjà pour placer cette observation au nombre des cas les plus remarquables de lipome qu'on connaisse. Lobstein prétend que les lipomes et beaucoup d'autres tumeurs analogues, loin d'être une hypertrophie du tissu graisseux, doivent être regardés comme des corps de nouvelle formation. Delpech partage cette opinion, et pense que le kyste est le véritable organe sécréteur de la matière lipomateuse, ajoutant que cette espèce de trame celluleuse, qui entoure de toutes parts la tumeur, sert probablement de moyen de transmission des vaisseaux nourriciers de la masse morbide. La figure globuleuse ou ovoïde de ce lipome, sa structure plus dense au centre qu'à sa circonférence; tout cela, dis-je, n'est guère en harmonie avec l'idée d'une hypertrophie des tissus préexistans. Tout nous porte donc à confirmer l'opinion que la tumeur susmentionnée était le résultat d'une sécrétion accidentelle, une production nouvelle. J'ajouterai que l'existence d'un kyste très développé range aussi ce fait au nombre des cas rares; car, d'après les recherches de Lobstein, les lipomes n'ont pas ordinairement de kyste. Si l'on demandait, à présent, par quel mécanisme une contusion produite par un boulet a pu donner naissance à une pareille tumeur, c'est ce que l'état actuel de la

science ne nous permettrait pas de dire d'une manière positive; tout ce que nous savons à ce sujet, c'est que, d'après les observations du célèbre Cuvier, la graisse n'est sécrétée que par un travail d'exosmose des vaisseaux artériels et veineux. Il pourrait donc se faire que l'action traumatique eût contribué à ce résultat, en occasionnant une sorte d'hypertrophie sécrétoire des vaisseaux capillaires de la même région. Dans tous les cas, je laisse cette discussion à ceux qui voudront bien l'approfondir pour ne m'occuper que de la partie purement pratique du sujet.

Les loupes ne sont pas toujours dangereuses, on peut les porter longtemps sans inconvéniens; cependant elles finissent par incommoder au point qu'on est obligé de les opérer pour rendre à un membre les mouvemens qu'il avait perdus par suite de la compression déterminée par la tumeur sur un nerf ou sur quelques vaisseaux, comme cela existait chez mon malade, qui ne pouvait ni s'asseoir, ni marcher sans ressentir de grandes douleurs. Celles qui sont internes et qui ne peuvent être atteintes par l'instrument sont susceptibles de produire la mort à raison de l'obstacle qu'elles opposent au libre exercice des fonctions viscérales. Elles se développent plus ou moins vite, et leur volume ne dépend pas toujours de leur ancienneté, car on en voit qui, à

leur début, prennent un accroissement extraordinaire.

Jean-Louis Petit en a amputé une qui pesait quarante-cinq livres.

Galien les assimile à des tumeurs froides, peu susceptibles de passer à l'état inflammatoire; cependant il avance qu'elles peuvent devenir squirrheuses et même se convertir en cancer, surtout quand elles sont trop tourmentées par des agens extérieurs qui irritent et provoquent des douleurs lancinantes.

Les loupes se reproduisent ordinairement lorsque l'on vide la tumeur sans avoir enlevé la totalité du kyste. On a conseillé le séton dans le but d'irriter le kyste, afin de le débarrasser de la matière qu'il exhalait, et d'obtenir par là l'adhérence de ses parois, en exerçant une compression graduée sur la tumeur; mais, quand le lipome est volumineux et que la substance qu'il contient a beaucoup de consistance, ce moyen est infructueux. Des auteurs ont donné la préférence à la potasse caustique, parce qu'elle pénètre plus profondément, sans causer de vives douleurs au malade. Quoique ce procédé ait eu des succès, aujourd'hui les praticiens l'ont à peu près abandonné, parce que le bistouri réunit les avantages qu'il présente, sans rendre la guérison plus tardive, ni les cicatrices difformes, ni prédisposer

la tumeur à passer à l'état cancéreux. Il arrive quelquefois que la base de la loupe est si profondément adhérente aux parties sous-jacentes que, dans la crainte de blesser un nerf ou quelques gros vaisseaux, un canal excréteur, etc., on soit obligé de n'emporter que les portions les plus saillantes du kyste, de réappliquer les lambeaux des tégumens sur les parties qu'on a laissées et de terminer ainsi le pansement. Il survient alors une inflammation adhésive qui est suivie de guérison complète. Un cas semblable s'est présenté à M. Boyer, qui a employé ce procédé avec succès. Ce praticien (*Maladies chirurgicales*, tome 2, page 421), rapporte aussi qu'un particulier pour lequel il a été consulté portait, à la partie supérieure et interne de la cuisse droite, un lipome du volume du poing, qui le gênait beaucoup pour monter à cheval; il l'en débarrassa en entourant la base de la tumeur d'un cordonnet de coton trempé dans une solution saturée de potasse caustique. Il est évident qu'un tel moyen n'était pas applicable chez mon malade; car, outre que la tumeur n'offrait point de pédicule, elle était profondément située et ne pouvait être attaquée que par l'instrument tranchant.

J'ai préféré, pour opérer, une seule incision longitudinale à une incision en T ou cruciale, parce qu'elle m'a paru suffisante, plus simple et

plus expéditive que les autres. Je l'ai employée avec d'autant plus de raison que, d'un côté, les angles de l'incision cruciale se gangrènent quelquefois, comme j'ai eu occasion de le voir dans plusieurs hôpitaux, et retardent la cicatrisation. J'ai eu à m'applaudir de ce mode opératoire qui a épargné de la douleur au malade et a provoqué une prompte guérison.

Je ne terminerai pas ces réflexions sans témoigner ma reconnaissance à M. le baron Larrey, pour les conseils qu'il a bien voulu me donner, non seulement dans le traitement de ce malade, mais encore dans beaucoup d'autres, en me faisant connaître et en me confiant les dessins d'un cas à peu près analogue qu'il a opéré avec le plus grand succès à l'hôpital du Gros-Caillou, et dont les détails se trouvent consignés dans le quatrième volume de son ouvrage.

RECHERCHES CHIMIQUES

SUR

LE SUC DE DIGITALE POURPRÉE;

PAR M. A. HENRY,

Pharmacien-aide-major, chargé du service de l'hôpital militaire de Phalsbourg.

A la fin de juin 1837, vingt kilogrammes de feuilles de digitale pourprée furent pilés dans un mortier de marbre; on en retira, par expression, quatre kilogrammes d'un suc vert foncé, d'une odeur herbacée nauséabonde, d'une saveur amère très prononcée, plus pesant que l'eau, rougissant le papier de tournesol.

Soumis immédiatement à l'action de la chaleur, dans une cornue de verre, communiquant avec un appareil disposé de manière à recevoir les produits liquides et gazeux, on chauffa progressivement jusqu'à l'ébullition, qu'on entretint pendant quarante-cinq minutes. La cornue, refroidie, contenait un liquide ayant toutes les propriétés du suc brut, moins la couleur verte, qui avait fait place à une couleur brun rougeâtre.

La chaleur, en séparant la fécule, n'avait pro-

duit d'autre effet que celui qu'eût produit la filtration.

Dans le matras tubulé et dans le flocon à trois tubulures qui faisait suite à la cornue, on observa un liquide limpide, légèrement coloré en jaune-verdâtre, d'une odeur herbacée, vive, pénétrante, d'une saveur aromatique herbacée, légèrement âcre, sans action sur les papiers de tournesol et de curcuma. La surface de ce liquide offrait une légère couche d'huile volatile dont il fut impossible d'évaluer la quantité. Le gaz de la cloche, examiné avec une attention scrupuleuse, s'est trouvé formé d'air atmosphérique.

La fécule verte, séparée du liquide par la filtration, fut traitée par l'eau, à la température de dix-huit degrés, jusqu'à ce que ce dissolvant devînt insipide; l'eau bouillante fut ensuite employée : dans l'un et dans l'autre cas, on obtint une solution brunâtre, ayant la saveur du suc.

Après ces deux traitemens, cette fécule n'avait conservé qu'une saveur herbacée; elle fut mise en contact avec une teinture d'iode, faite le jour même, et une certaine quantité d'eau, de manière à en former une pâte liquide; on ne remarqua, dans les premières heures, aucun changement de couleur; mais, vingt-quatre heures après, la surface était colorée en bleu-violet.

Le suc filtré a toutes les propriétés du suc sou-

mis à l'ébullition : l'une et l'autre passent, en quelques jours, de la couleur brun rougeâtre au brun-noir.

Dans le suc fraîchement filtré, l'ammoniaque produit un précipité brun, qui, au contact de l'air, passe au noir;

L'eau de baryte y détermine un précipité gris-verdâtre que l'acide nitrique fait disparaître, sans dégagement de gaz;

Le nitrate d'argent, un précipité gris que l'ammoniaque caustique fait disparaître, en colorant la masse en brun-noirâtre : le précipité, exposé au contact de l'air, passe du brun au noir;

L'acide oxalique, un précipité grisâtre, insoluble dans l'eau chaude et les acides nitrique et hydrochlorique étendus.

L'hydrocyanate de potasse le trouble, sans d'abord y causer de précipité; mais, vingt-quatre heures après, on observe une nuance violette que l'acide sulfurique fait passer au bleu-verdâtre.

En le faisant bouillir avec de la magnésie contenant des traces de fer, il passe subitement du rouge-brique au brun-noir : cette magnésie, exposée au contact de l'air, passe au noir.

Le sulfate de fer le fait passer au brun foncé.

Saturé par l'ammoniaque, puis traité par le sulfate de fer, il devient noir et peut servir d'encre; il se forme un précipité d'un noir-violet, qui,

traité par un grand excès d'acide oxalique, passe du brun au brun-clair et au jaune-serin; la liqueur finit par prendre la couleur du précipité.

Le decoctum de la plante sèche, traité par les mêmes réactifs, donne des résultats semblables.

Dans quatre kilogrammes de suc filtré et bouillant, l'on ajouta du carbonate de magnésie, jusqu'à ce qu'il cessât de rougir le papier de tournesol; il se forma une vive effervescence.

On filtra et la liqueur fut amenée à l'état d'extrait sec. Celui-ci pesait cent grammes. On le traita par l'alcool à trente-trois degrés bouillant, jusqu'à ce que ce dissolvant devînt insipide. Ce qui ne se dissout pas dans l'alcool forme les trois quarts de l'extrait sec et présente une matière brune-noire, insoluble dans l'alcool et l'éther, très soluble dans l'eau, d'une saveur légèrement salée, nullement amère.

Les réactifs y font reconnaître la présence de la chaux et des acides gallique et hydrochlorique. C'est la matière colorante brune, citée dans le premier travail (1).

Les liqueurs alcooliques d'extrait étant réunies, on distilla au bain-marie jusqu'à retirer les trois quarts de l'alcool employé.

Le liquide résidu de cette distillation, évaporé

---

(1) Voyez T. XL de ce Recueil.

à siccité, pesait trente-cinq grammes : il fut traité par l'éther bouillant qui enleva une faible quantité de résine verte, puis dissous dans l'eau distillée et soumis à l'ébullition pendant quelques minutes.

On versa dans cette solution aqueuse un excès de sous-acétate de plomb; on filtra et on fit passer dans la liqueur un courant de sulfide hydrique pour précipiter l'excès de plomb.

La liqueur filtrée de nouveau, considérablement décolorée et concentrée, on y versa une solution d'acide oxalique; il se forma un précipité gris d'oxalate de chaux.

La liqueur fut filtrée une troisième fois et ramenée à l'état d'extrait sec : cet extrait, dissous d'abord dans l'alcool à trente-six degrés, traité à l'aide de l'ébullition par la magnésie calcinée, filtré, concentré en consistance d'extrait, placé sur des assiettes, fut enfin amené à siccité; en cet état, il pesait vingt-cinq grammes.

C'est cet extrait à siccité qui constitue le principe amer que je nomme *digitaline*, ou principe actif de la digitale pourprée, corps que j'ai, le premier, signalé, il y a deux ans, et qui se trouve caractérisé dans un travail inséré dans le *Journal de la Société des sciences physiques et chimiques* du mois de février 1836, et dans ce *Recueil de Mémoires*, t. XL.

Propriétés.

Ce corps se présente sous forme de lamelles d'un brun-rougeâtre, transparentes, d'une saveur d'abord légèrement sucrée (1), qui est bientôt suivie d'une amertume très énergique; il se dissout facilement dans l'eau, l'alcool, et ne se dissout pas dans l'éther.

Suc de digitale extrait en 1835.

Quatre kilogrammes de suc de cette plante, extrait en juillet 1835, conservé dans un flacon bouché à l'émeri, n'ont présenté aucun changement physique durant six mois; mais, vers le mois de mai 1836, la couleur brune disparut et fit place à une couleur jaune-orangée. La réaction acide qui s'était conservée disparut également, il en acquit une alcaline, et une insipidité absolue remplaça la saveur amère.

---

(1) La saveur sucrée ne se développe qu'après que le liquide a été soumis plusieurs fois à la chaleur; lorsqu'on le traite par l'hydrogène sulfuré et qu'il a été concentré, il perd cette saveur sucrée et n'en a plus qu'une franchement amère; mais de nouveaux traitemens par la chaleur ramènent cette saveur sucrée. Dès lors il cesse de précipiter en noir le sulfate de fer, bien qu'il n'ait pas encore été traité par l'acide oxalique, ni par la magnésie calcinée. L'acide gallique subirait-il un changement dans sa composition?

C'est dans cet état que le suc fut filtré (1); il est resté sur le filtre une matière orangée, floconneuse, plus pesante que l'eau, insipide; cette matière desséchée, dont je recueillis dix grammes, est de couleur brun foncé, insoluble dans l'eau à la température de dix-huit degrés, légèrement soluble dans l'alcool à trente-trois degrés, auquel elle donne une couleur jaunâtre.

L'acide nitrique, pur et concentré, a donné à ce précipité une couleur rouge foncé; soumis à l'action d'une température élevée, il se décompose et donne pour résidu un charbon léger.

Le liquide filtré, concentré, a laissé déposer une substance saline grisâtre qui a été traitée par l'acide sulfurique concentré, lequel a produit une vive effervescence avec dégagement d'acide carbonique.

L'acide oxalique y a formé un dépôt blanchâtre, insoluble dans l'eau et les acides hydrochlorique et nitrique étendus;

L'eau de baryte, un précipité que l'acide nitrique a fait disparaître;

Le nitrate d'argent cristallisé, un précipité qu'a fait disparaître l'ammoniaque;

Une tranche de noix de galle suspendue par un fil de soie, un précipité noir.

---

(1) En juin 1836 et juin 1837.

Résumé.

De ces expériences faites avec soin et plusieurs fois répétées (1), je crois pouvoir conclure :

1°. Que le suc frais de digitale pourprée contient, comme la feuille sèche (2), un principe amer particulier uni à l'acide gallique (que je nomme digitaline);

2°. Que l'acide libre, que l'on observe dans le suc et dans la plante desséchée, est l'acide gallique ;

3°. Qu'il contient du gallate de chaux, de l'hydrochlorate de la même base et des traces de fer ;

4°. Que l'acide gallique et le principe amer s'y décomposent dans un laps de temps qui ne passe pas un an ;

---

(1) Cent kilogrammes de feuilles fraîches ont été employés dans ces recherches. Je prie les personnes que cette quantité pourrait étonner de vouloir bien se rappeler que la feuille de cette plante donne fort peu de suc.

(2) La feuille sèche, traitée par la méthode de déplacement avec l'eau pure, donne une solution qui, traitée comme le suc frais, fournit une quantité de principe amer bien plus considérable ; je pense qu'après avoir traité ce corps par l'hydrogène sulfuré il serait convenable de l'amener à siccité : le principe amer serait alors suffisamment pur, et l'on éviterait de nouvelles applications de calorique qui ne peuvent que l'altérer.

5°. Que de cette décomposition naissent de l'acide carbonique et une matière végétale particulière;

6°. Qu'après ces décompositions, la réaction observée est due au carbonate de chaux tenu en solution par un excès d'acide carbonique;

7°. Que la fécule verte contient de l'amidon et est probablement dépourvue de propriétés actives, et que, conséquemment, l'opinion des auteurs qui lui attribuent des propriétés médicamenteuses est erronée;

8°. Enfin, qu'il ne faut pas confondre ce principe amer avec la digitaline de quelques auteurs, que M. le professeur Brault a prouvé n'être que du sulfate et du carbonate de chaux.

HOPITAL MILITAIRE DE PERFECTIONNEMENT.

La séance solennelle de la distribution des prix a eu lieu, cette année, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à l'époque ordinaire et de la manière accoutumée ; elle a été présidée par M. Boissy d'Anglas, intendant militaire de la première division, assisté de MM. les Membres du Conseil de santé des armées. On remarquait à cette réunion plusieurs personnages importans de l'état-major de la place, des corps de la garnison et des administrations militaires. La plus vive sympathie a été manifestée à la jeunesse studieuse dont les efforts allaient être si honorablement récompensés.

M. Boissy d'Anglas a prononcé l'allocution suivante, qui a produit une vive impression sur les auditeurs.

« Messieurs,

» La solennité qui nous réunit aujourd'hui couronne dignement les travaux auxquels vous vous êtes livrés sous les auspices de vos maîtres ;

elle a pour objet de consacrer les résultats des concours que vous avez subis, et d'ajouter à l'éclat des récompenses réservées à ceux d'entre vous qui les doivent aux suffrages des jurys.

» Il est des institutions qui se fondent laborieusement et qui ont besoin d'une longue expérience pour se faire connaître dans leurs avantages comme dans leurs inconvéniens; il en est d'autres, au contraire, dont l'utilité est si manifeste, qu'elles ne rencontrent dans leur établissement aucune entrave sérieuse, et que, dès les premiers jours, elles produisent les fruits les plus heureux. Telle est l'institution du concours comme mesure d'appréciation de la capacité scientifique. Une année est à peine écoulée, et déjà les bienfaits de l'organisation nouvelle se font sentir; deux essais bien dirigés ont suffi pour convaincre les rares adversaires du concours de l'erreur de leurs prévisions, pour faire comprendre à l'immense majorité des officiers de santé militaires que l'avenir de leur corps comme les intérêts de l'armée reposent tout entiers dans le principe salutaire du concours. Les embarras qui accompagnent le passage d'un système défectueux, mais fortifié par le temps, à un système nouveau, mais fort de sa perfection, se sont dissipés par degrés. Les intérêts lésés par cette innovation inattendue ont dis-

paru ou se sont accommodés au nouvel ordre de choses. Les espérances basées sur ce changement sont, en partie, réalisés; des préventions qui avaient leur origine dans une appréciation hasardée de ce mode d'avancement se sont loyalement rétractées devant l'autorité de l'expérience des concours. Élèves et maîtres y trouvent, en effet, leur profit : ceux-ci, soustraits aux hésitations d'un jugement banal et sans fondement sur le mérite individuel, y puisent les solides bases d'un classement équitable par ordre de mérite ; leur conscience se repose, en quelque sorte, sur la fortune des épreuves successives qui finissent nécessairement par mettre en relief la valeur intellectuelle des candidats. A leur tour, les élèves, devenus les maîtres de leur destinée, appelés à des luttes publiques auxquelles ils ont dû se préparer de loin, se mesurent, se jugent eux-mêmes dans chaque rencontre, et, quand l'arène est fermée, ils ont salué d'avance, dans leur for intérieur, le nom que le scrutin proclame.

» Cette année, comme l'année dernière, un réglement a présidé aux opérations du jury : toutes les parties de son travail y sont déterminées, tous les détails de sa mission y sont prévus, expliqués, combinés de manière à fixer l'impartialité. L'administration s'est sagement étudiée

à garantir les droits du mérite, à écarter toute influence qui aurait pu y porter atteinte; elle a voulu en même temps que les titres acquis ne fussent pas entièrement effacés par l'importance des examens. Les services rendus, les succès obtenus à d'autres époques, les antécédens de toute nature devaient être l'objet d'une appréciation spéciale qui vînt ajouter son chiffre à celui des exercices du concours; le passé se trouve ainsi lié à l'avenir et se réfléchit dans les résultats du scrutin.

» Les examens qui viennent de finir n'ont pas répondu à l'attente de tous les candidats. Si les élèves ont obtenu tous, sans exception, les honneurs de l'admissibilité, il n'en est pas de même de MM. les sous-aides; des exclusions presque aussi nombreuses que les admissions attestent à la fois et la sévérité du jury et l'excellence du mode d'appréciation. Les sous-aides dont les efforts ont été impuissans ont dû, en se repliant sur eux-mêmes, s'expliquer, dans le sens de leurs véritables intérêts, cette rigueur de leurs juges compétens : elle les incite à augmenter leurs connaissances par le travail, à compléter leur instruction médicale avant d'aspirer à une position qui, favorable à l'expérience du praticien, ne se prête plus que difficilement à la continuation des études théoriques,

S'ils comprennent l'enseignement qui leur est donné par leurs juges, nous sommes tentés de les féliciter de l'issue de leurs examens presqu'à l'égal d'un succès : elle les préserve, en effet, d'un grand écueil. Jetés en avant dans les rangs de l'armée par la débonnaire indulgence d'un jury moins sévère, ils auraient épuisé, dans les habitudes de la vie régimentaire, la sève de leurs jeunes années; ils y auraient perdu, peut-être, jusqu'aux fruits d'une éducation médicale inachevée. Destinés à devenir d'excellens officiers de santé sous l'influence d'une direction éclairée, ils auraient compromis leur avenir par l'impatience d'en jouir, et n'auraient apporté au service, dont ils doivent être un jour les soutiens, que les apparences de la maturité. En ajournant donc leur émancipation médicale, le jury a fait preuve envers eux d'une sollicitude non moins impartiale que prévoyante. Que ceux qui, dans les concours de cette année, n'ont fait qu'essayer une première fois leurs forces, retournent avec confiance aux sources de l'instruction médicale, qu'ils reprennent sans découragement les labeurs et les devoirs d'une nouvelle année scolaire. Rappelés dans les hôpitaux d'instruction, ils trouveront encore des leçons à écouter, des maladies à suivre, des sujets à étudier, le scalpel à la main. Qu'ils pro-

fitent, nous les en exhortons au nom de leur avenir et de leur honneur, qu'ils profitent avec ferveur de cette dernière occasion d'acquérir le complément de connaissances qui leur est nécessaire.

» Quant à vous, Messieurs les sous-aides, dont les noms sont avantageusement signalés au Ministre, recevez nos sincères félicitations pour un succès qui vous honore d'autant plus qu'il a été plus vivement disputé. Peu éloignés du jour où vous aurez à déployer au milieu de notre armée les talens que vous avez acquis, ayez dès à présent à la pensée les devoirs qui vous attendent; pénétrez-vous bien de l'importance de la mission à laquelle vous allez être appelés. Chirurgiens de bataillons, la santé de six cents hommes dépendra de vos soins, de votre intelligente activité; votre tâche embrassera la meilleure partie de l'art, celle qui consiste à prévenir les maladies. Casernement, nourriture, vêtement des soldats, toutes les conditions hygiéniques qui agissent sur eux seront soumises à votre observation et devront vous inspirer des mesures et des conseils que la sollicitude paternelle des chefs de corps ne manquera pas d'apprécier.

» Messieurs les professeurs, c'est par vos leçons et vos exemples que se guident les jeunes officiers de santé sortis de cet Établissement; c'est à vous

d'offrir à leur émulation le modèle de toutes les qualités qui constituent le médecin militaire. Tout en les associant aux progrès de l'art, ne cessez pas de vous attacher à les façonner aux habitudes de la discipline et d'une scrupuleuse exactitude dans l'accomplissement des devoirs; avec elle, le service se fait toujours bien. C'est surtout une science d'application que celle à laquelle vous vous êtes voués et qui vous compte au nombre de ses plus dignes interprètes; il faut donc qu'elle agisse pour se rendre utile, il faut qu'elle se montre assidue au lit du malade et qu'elle apporte jusque dans les moindres détails de la pratique journalière le zèle et le soin minutieux qui seuls assurent l'efficacité de ses prescriptions. Ne vous lassez donc pas, Messieurs, de surveiller les élèves dans toutes les branches du service; mais surtout en ce qui intéresse immédiatement la vie des hommes confiés à vos mains.

» Placé à la tête des hôpitaux militaires de France, destiné à leur servir de type et de modèle, le Val-de-Grâce atteint avec vous à toutes les conditions d'un Établissement de cette portée. Pour arriver au même but, d'autres efforts dans une autre sphère n'ont pas été moins heureux que les vôtres : le bien-être des militaires malades confié à des soldats comme

eux, la belle tenue des salles, l'ordre et la régularité qui s'y font remarquer à toutes les heures du jour et de la nuit, d'utiles réparations ajoutées à celles déjà exécutées dans quelques parties du bâtiment, de vastes et beaux promenoirs, tout atteste la constante sollicitude de l'administration supérieure, non moins que le zèle éclairé de M. l'officier principal, si bien secondé par les officiers d'administration sous ses ordres.

» Le professorat du Val-de-Grâce est digne, Messieurs, de la mission qui lui est dévolue : il réunit dans son sein, à la vieille expérience de la pratique, l'émulation fécondante de la jeunesse; il représente le passé et l'avenir. S'il avait besoin de souvenirs et d'exemples pour lui servir de véhicule, il les trouverait même parmi les officiers de santé dont le Val-de-Grâce est aujourd'hui l'école.

» Notre siècle, en s'inclinant devant Napoléon, a salué à ses côtés les dignes représentans de la médecine militaire : les Percy, les Larrey, les Coste, les Parmentier. A ces noms que la France entière revendique, empressons-nous d'ajouter celui de ce chef vénéré que la mort vient d'enlever trop tôt au corps des officiers de santé militaires et qui a daté de l'Égypte le commencement de sa belle réputation. M. Desgenettes

appartient à la gloire des armées françaises; du fond de la Syrie, son dévouement à la vie du soldat a été signalé par l'histoire à la reconnaissance nationale. C'est aux hommes de l'art à le juger comme écrivain, comme professeur, comme praticien; mais, depuis Saint-Jean-d'Acre jusqu'à Waterloo, sa vie fut une suite de services éminens, de dévouement et de sacrifices. L'humanité ne saurait trop honorer sa mémoire... Le vide que sa mort avait laissé au sein du Conseil de santé devait être rempli par un génie comme Desgenettes : vous avez tous, Messieurs, nommé l'illustre fondateur de la doctrine médicale qui a commencé et dirigé le mouvement scientifique de notre époque, et dont le Val-de-Grâce s'enorgueillit d'avoir été le berceau. Soyez fiers, Messieurs, de posséder dans vos rangs, de voir à votre tête un homme à qui la science doit une ample moisson de découvertes et de vérités. Et que puis-je de mieux que de souhaiter à nos jeunes lauréats une destinée aussi bien remplie?... Mais je m'arrête, Messieurs, je craindrais, en ajoutant encore quelques paroles, d'affaiblir dans leur esprit toute la vénération dont je suis pénétré en rendant un juste hommage à la plus grande illustration scientifique des temps modernes! »

M. le professeur Soudan, appelé à prononcer l'éloge historique de M. le baron Desgenettes, l'a fait avec l'accent d'un cœur encore ému par des souvenirs d'attachement et de reconnaissance. Le Conseil de santé, ayant reconnu que les principaux traits d'un vie aussi noble et aussi bien remplie que le fut celle du vénérable chef de la médecine militaire étaient propres à enflammer l'émulation des officiers de santé de l'armée et des hôpitaux, a été unanimement d'avis qu'il y avait lieu d'imprimer ici son discours.

ÉLOGE HISTORIQUE

DE M. LE Bon DESGENETTES,

Prononcé à la séance solennelle de la distribution des prix du Val-de-Grâce, le 9 septembre 1837;

PAR M. LE PROFESSEUR SOUDAN.

MESSIEURS,

C'est avec un sentiment de crainte que, cédant au choix de mes collègues, je prends la parole dans cette réunion solennelle, où ceux d'entre vous, sortis vainqueurs des nobles luttes qui se sont succédé pendant un mois à l'hôpital militaire de Perfectionnement, sont appelés à

recueillir des palmes glorieusement disputées. Une voix plus éloquente que la mienne aurait dû retentir dans cet amphithéâtre; un autre plus exercé aux pompes académiques aurait dû recevoir la mission de suspendre pendant quelques instans votre triomphe et de captiver l'attention de l'auditoire imposant qui nous entoure. Mais j'ose espérer que votre bienveillance accoutumée suppléera à l'inexpérience de l'orateur, et que vous lui pardonnerez de rester au dessous d'une tâche d'autant plus difficile, que, pris en quelque sorte à l'improviste, il n'a eu que quelques jours pour se préparer à paraître devant vous.

Honorer la mémoire des hommes qui se sont illustrés par leurs services éminens et leur esprit élevé, en faisant le récit de leurs travaux ou de leurs grandes actions, est toujours, dans la bouche de ceux qui en sont chargés, un hommage rendu à la dignité des sciences ou aux vertus civiques; pour moi, Messieurs, c'est aujourd'hui en quelque sorte l'accomplissement d'un devoir personnel. Au moment où j'ai été désigné, j'ai cru reconnaître que, si, par une insigne bonté, j'étais admis à l'honneur de prononcer devant vous l'éloge public d'une grande célébrité médicale, on m'accordait en même temps la faveur de payer un tribut de reconnaissance à M. le baron Desgenettes, mon protecteur; car, en jetant les yeux sur les premiers degrés de ma carrière militaire encore peu remplie, je retrouve partout sa main tutélaire et sa généreuse amitié. Il m'accueillit au sortir des écoles publiques, et depuis, dans toutes les circonstances, il s'empressa de me prêter son appui.

René-Nicolas Dufriche, baron Desgenettes, naquit à Alençon, en 1762, d'une ancienne famille originaire

d'Essey, petite ville du département de l'Orne. Il fit ses premières études dans le collége de sa ville natale, où il se fit remarquer par une conception prompte, une imagination vive et brillante et une mémoire prodigieuse. Ces heureuses dispositions déterminèrent sa famille à l'envoyer de bonne heure à l'Université de Paris, où il arriva vers la fin de 1778. Il fut placé à Sainte-Barbe, communauté dont les élèves suivaient les exercices du collége du Plessis, qui était alors célèbre par les fortes études qu'on y faisait. Il eut pour condisciples dans cette maison des hommes qui, comme lui, devaient se distinguer par des talens remarquables et la belle carrière qu'ils ont fournie dans les sciences, les lettres ou les hauts emplois publics.

Dans des mémoires, fruit de ses dernières veilles, et dont une partie a été publiée sous le titre de : *Souvenirs de la fin du dix-huitième siècle et du commencement du dix-neuvième*, il nous a conservé des détails fort piquans sur les premiers temps de sa jeunesse.

Une femme remarquable par son esprit et par ses connaissances en histoire naturelle, madame de Pommereul du Gage, son alliée, dont Linné, le fils du grand naturaliste, a immortalisé le nom et consacré le goût pour la botanique, dirigea ses premiers pas dans le monde ; elle le présenta à quelques unes des illustrations littéraires et scientifiques de l'époque, avec lesquelles elle était en relation, et, entre autres, à Buffon. Cette bonne parente l'introduisit aussi dans quelques cercles brillans, où il commença, sans doute, à former ce tact remarquable et à prendre cette connaissance profonde des hommes et des choses dont il a donné tant de preuves par la suite.

Pressé par sa famille de faire choix d'une profession,

M. Desgenettes, qui, par convenance, aurait pu choisir les armes ou l'administration, préféra l'art de guérir, et il se fit recevoir maître ès-arts, pour être en mesure de prendre ses inscriptions à la Faculté de médecine de Paris.

Cette antique et célèbre Faculté n'avait plus alors d'autre éclat que celui que lui donnaient ses savans et habiles praticiens. L'enseignement, confié à des jeunes gens insoucians et désœuvrés, eût été presque nul, si Roux, Bucquet et Vicq d'Azyr n'y eussent rappelé un moment les beaux jours des Fernel, des Baillou, des Duret, des deux Riolan, des Winslow, des Ferrein et des Antoine Petit. C'était ailleurs que dans les écoles désertes de la Faculté que ceux qui se destinaient à l'étude de la médecine allaient l'apprendre. Les écoles royales de chirurgie, où brillaient encore Louis, Sabatier et Tenon, le Jardin du Roi et l'École de Pharmacie formaient les enseignemens généralement fréquentés. M. Desgenettes en suivit les cours avec assiduité, et il s'attacha surtout aux leçons particulières de Pelletan, dont il devint alors le pensionnaire et l'élève chéri, et dont il devait être, plus tard, le collègue et l'ami.

Après plusieurs années de séjour et d'études à Paris, M. Desgenettes forma le projet de voyager, pour rendre son éducation plus complète, et, de concert avec M. de La Billardière, son compatriote, qui a acquis une grande célébrité par ses voyages et ses découvertes dans les sciences naturelles, il partit pour l'Angleterre. Il en revint, en 1785, riche des connaissances qu'il avait puisées dans ses relations fréquentes avec quelques uns des membres les plus distingués de la Société royale des sciences de Londres, aux séances de laquelle il avait assisté assidûment, et fort versé dans la langue et la littérature anglaises. De

retour à Paris, il eut l'occasion de se présenter également aux membres les plus illustres de notre Académie des sciences; Franklin, Bailly, Lavoisier, Delambre, Vicq d'Azyr et Condorcet le reçurent avec bonté. Dans une de ses visites à l'auteur des *Progrès de l'Esprit humain,* il lui avoua que l'éloge de Pringle, qu'il l'avait entendu prononcer, lui avait donné un vif désir d'embrasser la médecine militaire. « Si vous persistez avec ferveur dans ce projet, » lui répondit Condorcet, « et que les occasions se présentent, vous réussirez sûrement, et vous pourrez acquérir mieux que la gloire des armes. »

M. Desgenettes ne resta pas oisif à Paris; il fréquenta Louis et Sabatier; il suivit de nouveau les cours de chimie de l'éloquent Fourcroy, celui de d'Arcet et la pratique médicale de Desbois de Rochefort, à la Charité. C'est dans cet hôpital, où il passait presque toutes ses journées à se livrer à l'observation, qu'il commença à former avec Boyer, alors interne et professeur particulier d'anatomie et de chirurgie, ces liens d'amitié qui ont duré, sans aucun nuage, pendant un demi-siècle.

Depuis longtemps, M. Desgenettes nourrissait le désir de visiter l'Italie, cette terre classique des lettres, cette patrie des grands hommes dont les chefs-d'œuvre lui étaient familiers. Il partit pour ce voyage, ardemment attendu, vers la fin de 1785. Il visita dans les plus grands détails toutes les richesses de ce beau pays, dont les admirables antiquités produisirent sur son imagination ardente une impression qui ne s'est jamais effacée. Là, comme en Angleterre, il fut reçu avec empressement; les musées et les bibliothèques des savans lui furent ouverts, comme les salons de la noblesse. A Florence, Fontana, à Sienne, Mascagni, le comblèrent de marques d'amitié et ne dédaignèrent pas de l'associer à leurs travaux.

En 1789, M. Desgenettes revint en France. Il se fit recevoir docteur en médecine de la Faculté de Montpellier, après avoir soutenu avec une grande distinction, dans la langue de Virgile et de Cicéron, qu'il a toujours parlée avec une grande pureté et une facilité remarquable, une thèse qui a pour titre : *Tentamen physiologicum de vasis lymphaticis.*

Son séjour prolongé à Montpellier lui permit de se lier avec quelques uns des professeurs de cette école célèbre et, entre autres, avec Barthez, Chaptal et Fouquet. Il s'y livra à des recherches de fine anatomie, soit en exécutant plusieurs injections partielles des vaisseaux lymphatiques sur des animaux, soit en faisant passer le mercure dans ceux du foie, du mésentère et dans le canal thoracique, pour démontrer dans son entier le système absorbant et pour propager les belles découvertes dues à Paul Mascagni.

De retour à Paris, en 1792, M. Desgenettes continua à se faire connaître fort avantageusement dans les sciences médicales par des mémoires et des observations insérés dans plusieurs journaux de médecine, et qui ont pour objet principal l'étude du système lymphatique et du système nerveux de la vie organique. Ces divers travaux de la jeunesse de M. Desgenettes lui méritèrent le titre de membre titulaire, membre associé ou correspondant d'un très grand nombre d'Académies nationales et étrangères ; ils décelaient en lui un goût pur et une louable activité pour l'avancement de la physiologie ; ils devaient être suivis de la publication d'ouvrages plus étendus et d'une plus grande importance, quand nos troubles civils, parvenus à leur plus haut période, vinrent changer toutes les routes, effacer toutes les traces et jeter chacun dans les hasards d'une destinée nouvelle.

A l'époque où la révolution, préparée de loin par la faiblesse d'une cour sans prévoyance, et provoquée par sa résistance maladroite à des réformes justes et inévitables, vint à éclater, M. Desgenettes, s'abandonnant à l'espoir d'un meilleur ordre de choses, partagea l'enthousiasme que fit naître cette commotion sociale dans la masse de la nation ; mais, lorsque la tourmente révolutionnaire parvint à ses plus grands excès, il gémit, avec les bons citoyens, sur les maux de la patrie, et, se souvenant peut-être des paroles prophétiques du vertueux Condorcet, il demanda à être envoyé à l'armée d'Italie pour prodiguer à nos braves les secours de son art conservateur.

Le conseil de santé, où siégeaient alors Coste, Desault, Parmentier, Boyer, et d'autres hommes d'une réputation moins généralement répandue, accueillit avec faveur la demande de M. Desgenettes, et, le 21 février 1793, il reçut un brevet de médecin ordinaire pour l'armée d'Italie, dont il s'empressa de rejoindre le quartier général à Nice. Il serait trop long de le suivre dans les divers services qui lui furent confiés dans cette armée ; qu'il suffise de dire qu'il sut y acquérir promptement l'estime et la confiance. Après avoir été chargé de l'hôpital militaire d'Antibes, il fut appelé dans la division du général Masséna, dont il devint le médecin, et avec lequel il contracta, dès ce moment, une liaison d'amitié qui fut toujours étroite, même dans la haute fortune à laquelle ce grand homme de guerre parvint par ses éclatans succès.

Lorsque le Comité de salut public adopta, sur la proposition du Conseil de santé, la création des hôpitaux d'instruction, on s'empressa d'appeler dans ces utiles établissemens, en qualité de professeurs, les officiers de santé qui, dans le début de la mémorable guerre de l'indépendance, avaient marqué d'une manière aussi heureuse que

brillante leur zèle et leurs talens ; M. Desgenettes fut, à double titre, nommé professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Paris, au Val-de-Grâce, et il fut chargé de l'enseignement de la physiologie. Les vicissitudes de la guerre vinrent promptement l'arracher aux occupations du professorat. Rapidement promu aux premiers grades, il fut nommé médecin en chef de l'armée d'Orient. Il fit, en cette qualité, les campagnes d'Égypte et de Syrie, où il eut pour collègue M. le baron Larrey, qui, comme lui, devait tant contribuer à la gloire du service de santé militaire et que la chirurgie s'honore de voir toujours à sa tête.

C'est dans cette merveilleuse campagne de Syrie que M. Desgenettes a acquis cette belle réputation qui le lie à jamais à l'histoire et à la gloire des armées françaises. La postérité n'oubliera jamais le bel exemple d'élévation de caractère, de ce courage calme et tranquille avec lequel il s'inocula lui-même la peste pour rassurer les imaginations et le moral ébranlé de l'armée, à laquelle il s'efforça de cacher le nom même du terrible fléau qui la ravageait. Le général Berthier rendit un éclatant hommage à cet acte héroïque dans le rapport officiel qu'il adressa au Directoire exécutif. « Tous les genres d'héroïsme, » dit-il, « devaient éclater dans cette brave armée, et le dévouement de Desgenettes n'a pas été le moins généreux ni le moins utile ; il a déployé un courage et un caractère qui lui donnent des droits à la reconnaissance nationale ; il est monté à la brèche de sa profession. »

M. Desgenettes a raconté lui-même, dans la relation médicale de l'armée d'Orient, qu'il a publiée à Paris, en 1802, les détails de sa conduite pendant le terrible épisode de son séjour en Afrique. Il semble s'être attaché à réduire aux plus justes termes cette inoculation si fa-

meuse et la regarder comme une témérité qui lui fut dictée par un élan plus généreux que réfléchi. Mais cette modestie, qui l'honore, rehausse encore l'éclat de son noble dévouement, et l'histoire impartiale le maintiendra, comme elle saura redire que, pendant trois années de suite, il donna l'exemple d'aborder et de soigner les pestiférés avec une sécurité jusqu'alors inconnue.

L'armée, après la levée du siége de Saint-Jean-d'Acre, où elle s'était signalée par les prodiges de la plus téméraire valeur, allait reprendre la route du Caire et retourner en Égypte. L'épidémie contagieuse de Jaffa avait continué ses cruels ravages. Le contact des malheureux qui en sont infectés ne peut-il pas rapidement la propager et détruire en peu de jours les braves qui ont survécu à tant de dangers, les braves au retour desquels est attaché le salut de ceux de leurs compagnons à qui la garde de l'Égypte est restée commise? Si ceux que la peste a frappés restent en arrière, ne sont-ils pas destinés à périr égorgés par les Turcs irrités, en représailles du massacre de Jaffa? Ces graves et lugubres pensées préoccupent l'esprit du général en chef, Bonaparte. Il fait appeler de grand matin M. Desgenettes dans sa tente, où il était seul avec son chef d'état-major. Après quelques mots sur la situation sanitaire de l'armée: « A votre place,» lui dit-il, « je terminerais à la fois les souffrances de nos pestiférés et je ferais cesser les dangers dont ils nous menacent, en leur donnant de l'opium. — *Mon devoir, à moi, c'est de conserver,*» répondit simplement le médecin en chef. Alors le grand homme, dont la conduite, dans ces circonstances difficiles, a été étrangement calomniée par quelques historiens, développant sa pensée avec le plus grand calme, ajouta qu'il conseillait pour les autres ce qu'en pareil cas il demanderait pour lui-même. Il fit observer

qu'il était, avant qui que ce fût, chargé de la conservation de l'armée, et que son devoir lui prescrivait d'empêcher nos malades délaissés de tomber vivans sous le cimeterre des Turcs. « Je respecte vos répugnances,» ajouta-t-il en terminant; «mais d'autres, sans doute, apprécieront mieux mes intentions. »

Faut-il attribuer au louable refus de M. Desgenettes de participer à une mesure que la situation critique de l'armée pouvait commander et absoudre, mais que la destination de notre art repousse et condamne, l'espèce de mésintelligence qui s'éleva alors entre lui et le chef de l'expédition ? Elle éclata surtout à une séance de l'institut d'Égypte, où M. Desgenettes s'exprima avec une indépendance et une énergie qui parurent blesser le général en chef, mais que Napoléon eut la générosité de tolérer dans le sanctuaire des sciences, et de la part d'un homme dont il savait apprécier les rares talens et les services signalés.

Lorsque l'armée passa sous le commandement de Kléber, M. Desgenettes, qui avait déjà une grande part dans la confiance de ce général, lui fit adopter les vues élevées sur l'administration des lazarets, qu'il plaça sous la même direction que celle des hôpitaux de l'armée. Il devint l'ami du vainqueur d'Héliopolis, et le souvenir des liens qui les avaient unis lui était si cher, que, plus de vingt ans après leur séparation, ses yeux se mouillaient de larmes quand il racontait quelques traits de la vie de son héros.

Après la mort tragique de Kléber, le général Menou, son successeur, continua à donner des témoignages publics d'estime et de considération à M. Desgenettes, et à signaler, dans ses rapports au gouvernement consulaire, les services qu'il rendait à l'armée. Il sembla aussi reconnaître, par des égards multipliés et les formes agréables qu'en homme du grand monde il savait souvent revêtir,

combien il lui savait gré d'avoir gardé une neutralité commandée par les convenances, dans les dissensions qui divisèrent les généraux de l'armée d'Orient. M. Desgenettes, en retour, n'avait pas des opinions très défavorables au général Menou; car, tout en le plaçant, à l'égard de ses prédécesseurs, dans un rang d'infériorité incontestable, il lui croyait de bonnes intentions et surtout le désir de faire tous ses efforts pour conserver à la France la belle conquête de l'Égypte. M. Desgenettes avait laissé dans cette contrée, illustrée par nos armes et nos efforts, pour y propager les lumières, de tels souvenirs, que sir Robert Wilson, qui la parcourut un an après le départ de l'armée française, n'a pas hésité à dire que le nom du docteur Desgenettes devrait y être gravé en lettres d'or.

A son retour en France, en 1802, M. Desgenettes fut bien accueilli par le premier consul, qui avait généreusement oublié les dissidences de l'institut d'Égypte. Il fut nommé médecin en chef de l'hôpital militaire de Paris, et, dix-huit mois après, on l'appela au poste élevé d'inspecteur général du service de santé des armées. Il en a rempli les fonctions réunies à celles de médecin en chef dans toutes nos grandes armées, en Prusse, en Pologne, en Autriche, en Espagne et en Russie, jusqu'à l'époque où l'empire, fléchissant sous les efforts de l'Europe tant de fois humiliée par nos triomphes, succomba après une résistance encore immortalisée par des victoires, et dut céder enfin à la force numérique, secondée par de coupables défections.

Dans toutes ces campagnes, M. Desgenettes déploya son activité, sa fermeté et son dévouement habituels. Il remplit, en diverses circonstances, des missions importantes relatives aux épidémies qui éclatèrent à plusieurs époques. Sa présence ramena plus d'une fois la sécurité

et la vie dans les lieux que désolaient les fléaux dévastateurs.

Dans la malheureuse expédition de Russie, sa présence à Moscou fut marquée par un acte de philanthropie que l'histoire a recueilli. Il obtint de Napoléon la conservation de la maison des Enfans-Trouvés, qui servait à l'allaitement ou l'orphanotrophion. On avait résolu de convertir en caserne ou en magasin la totalité de ce célèbre établissement. « Sire, » dit-il à l'empereur, « cette mesure ferait disparaître les seules traces d'humanité qui restent ici, et la postérité, qui l'attribuerait à Votre Majesté, croirait qu'elle eut le cœur d'Hérode. — D'Hérode ! » reprit Napoléon, « et comment un Hérode peut-il se retrouver ici et à quoi cela pourrait-il ressembler ? — Au massacre des innocens, » répondit M. Desgenettes.

Lorsque l'incendie, allumé par le patriotisme féroce de Rostopchin, força l'armée française à quitter les ruines fumantes de l'ancienne capitale des Czars, M. Desgenettes, après avoir supporté d'abord les malheurs de cette retraite si fatale à la France, tomba au pouvoir de l'ennemi. Il crut devoir écrire à l'empereur Alexandre, pour obtenir quelque adoucissement dans sa captivité, une lettre à la fois simple et pleine de dignité, où se trouvait cette phrase : « Les soins que j'ai prodigués aux soldats » que le sort des armes a faits prisonniers de la France » me donnent quelques droits à la bienveillance de tou- » tes les nations. » Cette lettre, remise à l'empereur de Russie par le grand-duc Constantin, son frère, fit impression sur ce souverain. Bientôt M. Desgenettes fut rendu à la liberté par un ukase impérial dont le considérant, emprunté de la phrase même extraite de sa lettre, ne contenait d'autre changement que la substitution du mot *reconnaissance* à celui de *bienveillance*.

Avant de quitter la Russie, M. Desgenettes eut une audience de l'empereur Alexandre, qui le reçut avec beaucoup d'égards et de bienveillance, et qui le présenta lui-même à sir Robert Wilson, alors commissaire des armées coalisées au quartier général de l'armée russe, et il fut, par ordre de l'empereur, reconduit sous escorte et rendu aux avant-postes de l'armée française sous les murs de Wittemberg, en Saxe. Le prince Eugène, vice-roi d'Italie, qui avait le commandement de notre armée, l'envoya de suite à Paris, où, presque aussitôt après son arrivée, il eut une longue conférence avec l'empereur Napoléon, auquel il donna des renseignemens importans sur la situation des pays qu'il avait traversés. L'empereur lui témoigna, le jour même, sa satisfaction par une lettre flatteuse qui lui annonçait qu'une gratification de 20,000 francs payables sur la cassette impériale lui était accordée.

M. Desgenettes suivit de nouveau l'empereur dans la campagne de Saxe; il fut contraint, après la sanglante, mais inutile bataille de Leipsig, de se jeter dans Torgau, où il eut à supporter les privations d'un blocus rigoureux; là il se retrouva dans son élément accoutumé, au milieu de ce typhus meurtrier qui décima la population de cette ville et qui accompagna jusqu'à Paris les bandes étrangères, comme pour ajouter encore aux malheurs de la patrie.

M. Desgenettes, rendu, une seconde fois, à la liberté, revint dans la capitale dans les premiers jours de mai 1814. La paix était rendue à la France, le chef de la maison de Bourbon était monté sur le trône de ses pères, en consacrant par un pacte solennel les libertés conquises par la révolution. Au début de la restauration, la réconciliation des partis fut apparente; M. Desgenettes perdit seulement la place de médecin en chef de la garde; il

conserva celle d'inspecteur, et il fut nommé par le roi commandant de la Légion-d'Honneur, dont l'empereur l'avait fait officier dès la création de cet ordre. Mais bientôt il fut attaqué avec beaucoup de véhémence. Sa sévérité dans le service, sa franchise quelquefois trop vive, sa probité rigoureuse, et plus, peut-être, les railleries spirituelles et les sarcasmes avec lesquels il poursuivait sans relâche ceux dont il croyait avoir à se plaindre, lui suscitèrent de nombreux ennemis et lui attirèrent des persécutions. Il perdit quelques unes des faveurs dont l'empire avait récompensé ses services, et il fut même inquiété dans la possession de la chaire de physique médicale et d'hygiène, à laquelle il avait été nommé en l'an VII, par le Directoire, à l'École de santé, depuis Faculté de médecine de Paris. Peu s'en fallut qu'il ne fût, dès cette époque, dépouillé de cette éclatante rémunération autant accordée à ses titres scientifiques qu'à sa conduite devant Saint-Jean-d'Acre. Mais les réactions politiques ne respectent rien, elles brisent, dans leur aveugle fureur, ce qu'il y a de plus sacré et de plus inviolable. Des persécutions plus directes et des recherches de police n'étaient peut-être pour M. Desgenettes que le prélude du sort plus fâcheux dont il était menacé, quand le merveilleux retour de l'île d'Elbe vint encore une fois changer les destinées de la France.

Napoléon accueillit M. Desgenettes avec des témoignages de la confiance la plus affectueuse; il le nomma, encore une fois, médecin en chef de la garde impériale et médecin en chef de cette vaillante armée qui, dans les champs de Waterloo, se vit arracher la victoire par des évènemens au dessus des prévisions humaines.

La seconde restauration mit plus de franchise que la première dans ses actes contre celles des célébrités de la

république et de l'empire qui n'étaient pas infidèles à leurs souvenirs; M. Desgenettes perdit ses hauts emplois dans l'armée et il essuya quelques persécutions. On lui conserva cependant le poste de médecin en chef, premier professeur au Val-de-Grâce, où venait aussi d'être appelé M. Broussais, dont le génie devait bientôt imprimer à la médecine une face nouvelle et créer cette doctrine physiologique dont les dogmes, fondés sur des vérités éternelles, sont à l'abri des attaques impuissantes de quelques détracteurs. M. Desgenettes quitta le Val-de-Grâce en 1819, époque à laquelle la mort du vénérable M. Coste permit à un ministère libéral de le faire rentrer au Conseil de santé militaire. Dès ce temps, il avait manifesté un vif désir d'être nommé médecin en chef de l'Hôtel royal des Invalides et d'y succéder à M. Coste. Il pensait, en sa qualité de doyen des médecins militaires, que ce poste élevé devait être sa véritable retraite, et qu'il était de son devoir de consacrer ses derniers services aux vieux débris de nos immortelles phalanges; mais les dispositions alors en vigueur s'opposèrent à l'accomplissement de ses vœux, et l'on regarda les services que son activité lui permettait encore de rendre comme plus utiles au Conseil de santé qu'aux Invalides.

Rendu, par la paix, à une vie moins agitée, M. Desgenettes s'occupa à remplir, avec une religieuse exactitude, ses devoirs de professeur, soit au Val-de-Grâce, soit à la Faculté, et ceux que lui imposa, plus tard, sa place au Conseil de santé.

Plusieurs fois il a présidé la Faculté de médecine et, à ce titre, il a prononcé des discours remarquables. Celui de 1814 présentait beaucoup de difficultés à vaincre à cause de la présence des étrangers qui couvraient encore le sol de la France et des sentimens connus de l'orateur. Ce-

lui-ci se tira avec adresse et convenance de cette harangue officielle; il sut remplir sa mission sans abandonner la cause sacrée de l'honneur national, et sans compromettre l'illustre compagnie au nom de laquelle il portait la parole.

Un souverain étranger, qui a glorieusement servi la France avant d'accepter l'adoption de la nation qu'il gouverne, le roi de Suède, envoya à M. Desgenettes l'ordre de l'Étoile polaire; il accompagna cette distinction d'offres généreuses, auxquelles il ne put le déterminer à donner son consentement.

En 1819, M. Desgenettes fut appelé à faire partie de plusieurs Commissions, et il fut nommé membre du Comité central de salubrité du royaume. Dans les premiers jours de mai 1821, il fut mandé au ministère aux affaires étrangères et chargé officiellement de désigner les médecins qui devaient partir pour Sainte-Hélène. La nouvelle affligeante de la mort de l'empereur rendit vaine cette tardive manifestation des cours en faveur de l'auguste prisonnier.

M. Desgenettes fut également nommé membre titulaire de l'Académie de médecine à l'époque de sa fondation. Souvent on aimait à l'entendre animer les séances par la part active qu'il prenait aux discussions qui s'agitaient dans le sein de cette compagnie savante.

En novembre 1822, M. Desgenettes, pour la troisième fois président de la Faculté, prononça le discours de rentrée. Il prit pour sujet l'éloge du professeur Hallé, son collègue dans la chaire d'hygiène, qui avait été enlevé à la science plusieurs mois auparavant. Ce discours, remarquable par le talent qui avait présidé à sa composition et la franchise avec laquelle son auteur retraça fidèlement les travaux et les vertus privées de celui dont il était

chargé d'honorer la mémoire, fut l'occasion des troubles les plus graves. Ils éclatèrent avec une telle violence, que la séance publique ne put être terminée. L'immense majorité des élèves, qui a toujours porté une vive affection à M. Desgenettes et qui s'inclinait avec respect devant lui, fut complètement étrangère au désordre. Il eut pour origine les provocations malveillantes dirigées par quelques ambitieux qui, forts de l'appui d'un ministère dévoué à la réaction, méditaient depuis longtemps en silence d'envahir la Faculté et de s'y substituer à la place des illustrations qu'ils parvinrent à en faire sortir. M. Desgenettes fut du nombre des exclus, et il partagea cette disgrace honorable avec Leroux, Antoine Dubois, Pinel, Lallemant, Pelletan et de Jussieu.

M. Desgenettes avait publié, en 1811, les Éloges des Académiciens de Montpellier pour servir à l'*Histoire des sciences du dix-huitième siècle*; il occupa ses nouveaux loisirs à composer plusieurs articles insérés dans les journaux scientifiques sur l'anatomie, la physiologie et sur quelques questions de physique générale ou spéciale; sur l'hygiène et la médecine pratique, plus spécialement appliquée aux hommes de guerre, dont le bien-être avait été le sujet des méditations de toute sa vie; enfin, sur l'histoire littéraire de la médecine, et surtout des articles de biographie et de critique médicales, genre de travail auquel il était éminemment propre par la mémoire prodigieuse dont il était doué et par son immense érudition. Ces derniers travaux ont été insérés dans la *Biographie universelle* et dans la *Biographie* qui fait suite au *Dictionnaire des sciences médicales*.

Lorsque la glorieuse révolution de 1830 vint renverser les coupables projets d'un roi abusé, M. Desgenettes salua avec joie l'élévation méritée du prince à la sagesse

duquel la France fut heureuse de confier ses destinées en péril. Un des premiers actes du gouvernement réparateur fut de révoquer l'ordonnance de dissolution de la Faculté. M. Desgenettes y rentra avec ses collègues, et il put remonter dans la chaire dont on l'avait fait injustement descendre.

Non moins cher à ses concitoyens par ses vertus publiques qu'à ses élèves par ses talens, il fut désigné et choisi pour être maire du 10e arrondissement. Il exerça les fonctions de cette honorable magistrature avec beaucoup de dignité, et il sut allier la modération à la fermeté pendant les jours d'orage qui suivirent l'établissement de la dynastie nouvelle. Il quitta avec regret l'écharpe municipale dès qu'une nouvelle législation la rendit incompatible avec l'emploi qu'il conservait dans l'armée.

En 1832, l'Institut ouvrit ses portes à M. Desgenettes; il fut élu membre associé de l'Académie des sciences.

Dans cette même année, une nouvelle organisation du service de santé des Invalides permit de l'appeler au poste qui avait été pendant longtemps souhaité par lui. On le vit alors, déjà affaibli par l'âge, retrouver, pendant l'épidémie du choléra qui désola Paris, l'activité de ses jeunes années pour prodiguer ses soins empressés à ses vieux compagnons d'armes.

En 1834, M. Desgenettes éprouva les symptômes d'une attaque d'apoplexie au milieu d'une leçon faite à la Faculté. Peut-être serait-il arrivé dès lors au terme d'une si belle vie sans des secours prompts qui éloignèrent le danger et qui contribuèrent à nous le conserver encore pendant quelques années. Dès cette époque, il s'éloigna peu à peu des affaires, quoique son activité cérébrale fût toujours très grande et que sa haute intelligence

n'eût éprouvé aucune atteinte. Il consacra le temps de sa retraite à composer des mémoires qu'il n'a pu terminer et qui s'arrêtent à son retour d'Égypte.

M. Desgenettes, dont l'ame était si fortement trempée, vit arriver sa fin avec le plus grand calme ; il en calculait l'époque avec un sang-froid stoïque. Après avoir souffert sans se plaindre des souffrances cruelles, il succomba à l'Hôtel des Invalides, le 2 février 1837, à l'âge de soixante-quatorze ans.

Ses dernières années furent attristées par la perte affligeante de sa femme morte en 1835, et par d'autres chagrins domestiques qui le navraient de douleur, mais auxquels il cherchait à faire diversion par l'étude et par le charme qu'il éprouvait, en écrivant ses mémoires, à se reporter vers les grands souvenirs de ses premières campagnes.

De tels hommes, Messieurs, sont dignes de tous nos regrets ; mais ce ne serait pas honorer leur mémoire d'une manière digne d'eux que de se borner à de stériles marques de douleur : il faut les prendre pour modèles et s'efforcer de les imiter. S'il est donné à peu d'hommes d'atteindre les grandes qualités qui les rendirent, pendant leur vie, un objet d'admiration pour leurs contemporains, c'est un devoir pour tous de marcher sur leurs traces.

C'est à vous surtout, messieurs les élèves, qui êtes l'espoir de la médecine militaire, à méditer sur les grands exemples que vous offre la vie de ceux qui vous ont précédés dans la carrière. Vous commencez la vôtre sous d'heureux auspices, une nouvelle constitution a été donnée au corps des officiers de santé militaire ; leur sort, trop longtemps incertain et précaire, a été fixé d'une ma-

nière invariable; des règles précises sur l'avancement, auquel tous ont désormais des chances égales, puisqu'il doit être seulement la récompense du zèle, des services et des talens, ont été établies. Ces grandes améliorations vous sont acquises par l'ordonnance organique de 1836; elles prouvent l'intérêt constant qu'un gouvernement, ami des lumières et des progrès, prend à vos succès; et je suis heureux de pouvoir, en votre nom, exprimer votre reconnaissance au fonctionnaire élevé de l'Intendance militaire qui préside cette cérémonie, car vous n'oublierez jamais combien sa puissante influence contribua aux changemens dont vous êtes appelés à recueillir les fruits.

Quel que soit l'avenir que le sort vous réserve, dans quelque position qu'il vous place, ayez toujours présens à la pensée, Messieurs, les devoirs sacrés que vous impose votre noble profession. En l'embrassant, vous avez cessé de vous appartenir, vous vous êtes dévoués pendant toute votre vie à vos semblables; tout délassement, toute occupation étrangère à l'art de guérir, vous sont, en quelque sorte, interdits; il vous faudra supporter les injustices, les caprices, et, quelquefois même, il faut bien vous l'avouer, l'ingratitude de quelques hommes; mépriser le soin de votre vie dans les circonstances les plus désastreuses ou lorsqu'une épidémie dévorante couvre de morts la surface de la terre; dans tous les temps, dans tous les lieux, vous devrez déployer une activité généreuse, un courage tranquille et, de tous les momens, une inépuisable patience.

Quel sera donc le prix de vos nombreux sacrifices? quelle sera la récompense de cette entière abnégation de vous-mêmes, demanderez-vous peut-être? *Hallé* va vous répondre, et vous me permettrez de terminer, en vous re-

produisant ses paroles éloquentes : « Vos soins bienfaisans » et réparateurs ne vous feront pas cueillir les lauriers, si » souvent équivoques, dont la fortune ceint le front de ses » héros. Les couronnes que vous mériterez seront des » couronnes civiques ; les trompettes de la renommée ne » sonneront pas pour vous, elles ne porteront pas vos » noms aux extrémités des deux mondes ; car vos con- » quêtes n'effraieront pas les peuples, n'affligeront pas les » arts, n'ébranleront pas les empires. Mais vous rempor- » terez vos victoires dans les asiles de la douleur. Là, » votre gloire silencieuse sera dans les larmes essuyées, » dans le calme du sommeil succédant aux souffrances, » dans les regards du malheureux plein d'espérance » à votre approche, dans la consolation des familles af- » fligées. »

LISTE

Des candidats nommés les premiers dans les concours qui viennent d'avoir lieu à l'hôpital de Perfectionnement, pour les grades de chirurgien-aide-major, de pharmacien-aide-major et de chirurgien-sous-aide.

CONCOURS POUR LE GRADE DE CHIRURGIEN-AIDE-MAJOR.

MM. SCRIVE (Gaspard-Léonard), chirurgien-sous-aide à l'hôpital de Perfectionnement.

CONCOURS POUR LE GRADE DE PHARMACIEN-AIDE-MAJOR.

THOMAS dit COLLIGNON (Henri-Félix), chirurgien-sous-aide à l'hôpital de Perfectionnement.

CONCOURS POUR LE GRADE DE CHIRURGIEN-SOUS-AIDE.

DELACROIX (Louis-Remy), chirurgien-élève à l'hôpital de Perfectionnement.

LISTE

Par ordre de mérite des candidats aux emplois de chirurgiens-élèves qui ont pris part aux concours ouverts dans les hôpitaux militaires de Paris, Metz, Strabourg, Lille, Lyon et Toulouse.

MM.	DESJARDINS (Bertr.-Louis-Henri).	Paris.
	FERRATON (Claude-Germain).	*Id.*
	FOUQUE (Henri-Joseph).	*Id.*

GUEURY (Louis-Joseph). Strasbourg.
MARIT (Jean-Joseph). *Id.*
MULLER (Auguste). *Id.*
BAROTTEAUX (Henri-Louis). *Id.*
BEAUCAMP (Charles-Armand-Constantin). Lille.
CASTELLY (Jean-Baptiste). Paris.
DUSSOURT (Charles-François). Strasbourg.
FIX (Laurent). Metz.
FLESCHUT (François-Rodolphe). Lyon.
FROPO (Augustin-Joseph). Lille.
FROYE (Louis-Henri). Paris.
GERRIER (Pierre-Louis-Adolphe). Strasbourg.
KOENIG (Joseph). Metz.
LACRONIQUE (Justin-Bernard). Paris.
MARTENOT (Eugène-Hubert). *Id.*
OFFRET (Pierre-François-Henri). Strasbourg.
THIERRY DE MAUGRAS (Ch.-Henri). Lille.
VAISSIÈRE (Alex.-Saint-Ange). Strasbourg.
ANDRÉ (Adolphe). Paris.
BÉCOEUR (Jean-Baptiste). *Id.*
BOUCHERY (Adolphe-François-Joseph). Lille.
DE COMPIGNY (Jules-Mirtil-Désiré). *Id.*
DELAHAYE (Édouard-Hippolyte). *Id.*
GIRAUD (Franç.-Pascal-Martial). Paris.
GODEFROY (Constant-André). Lille.
KRUG (Adolphe-Alexandre). Paris.
WAGHETTE (Nicolas-Jules-Édouard). Metz.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS CE VOLUME.

—

Suite du compte-rendu de la clinique chirurgicale de l'hôpital militaire de Strasbourg; par M. P. Malle, chirurgien-aide-major à cet établissement. Page 1

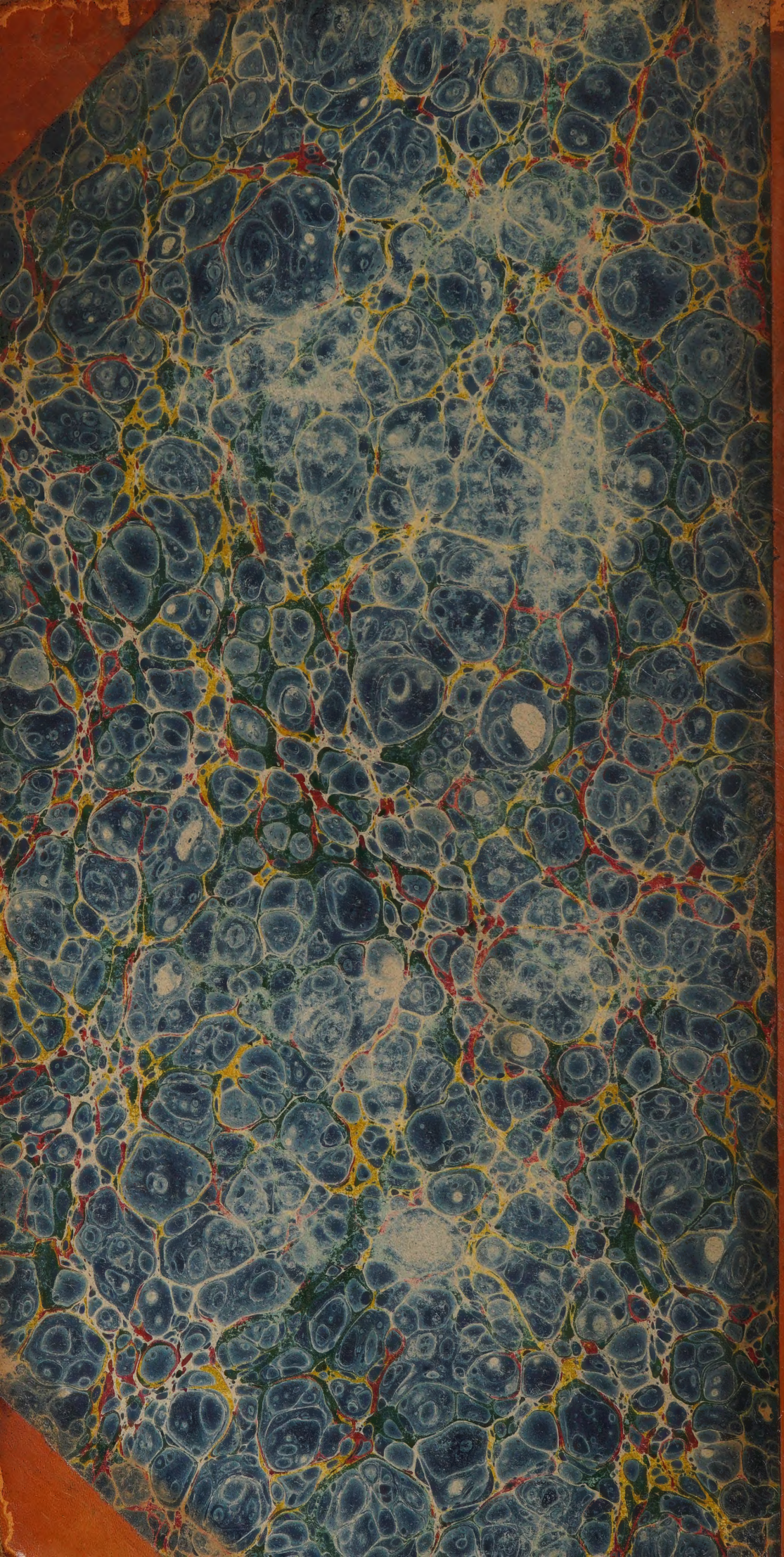
Observation de luxation complète de la jambe en avant sur la cuisse; par M. le docteur Fayet, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Bayonne. 346

Observation d'une tumeur adipeuse et fibreuse située à la région fessière du côté droit, développée à la suite d'une lésion traumatique et opérée avec succès; par M. le docteur Poirson, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou. 360

Recherches chimiques sur le suc de digitale pourprée; par M. A. Henry, pharmacien-aide-major, chargé du service de l'hôpital militaire de Phalsbourg. 373

Hopital militaire de perfectionnement. — Discours prononcé par M. Boissy d'Anglas, lors de la distribution des prix du Val-de-Grâce, le 9 septembre 1837. 382

Éloge historique de M. le baron Desgenettes, prononcé à la distribution des prix du Val-de-Grâce, le 9 septembre 1837, par M. le professeur Soudan. 391

Liste des candidats aux grades de chirurgien-aide-major, de pharmacien-aide-major et de chirurgien-sous-aide. 412

Liste des candidats aux emplois de chirurgiens-élèves dans les concours ouverts dans les hôpitaux militaires de Paris, Metz, Strasbourg, Lille, Lyon et Toulouse. . . . . *Ibid.*